

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

JOSIANE IRACI PORTO

DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM MULHERES: UMA QUESTÃO A SER TRATADA

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 11/10/06


Rosana Maria Gaio
Depto de Serviço Social / CSE

Florianópolis

2006

JOSIANE IRACI PORTO

DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM MULHERES: UMA QUESTÃO A SER TRATADA

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social do Departamento de Serviço Social, centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Orientadora: Prof^ª Cleci Elisa Albiero

Florianópolis

2006

JOSIANE IRACI PORTO

DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM MULHERES: UMA QUESTÃO A SER TRATADA

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social do Departamento de Serviço Social, Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.



Prof^ª Me. Cleci Elisa Albiero - UFSC
Orientadora
Presidente da Banca



Prof^ª Luisa Maria Gerber - UFSC
1^a Examinadora



Adriana Remor Francisco
Enfermeira – IPq-SC
2^a Examinadora

Florianópolis, agosto de 2006.

A minha mãe e ao meu noivo, pelo amor, compreensão
e incentivo sempre presentes.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por estar presente em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, Iraci e Benjamim, pelo amor, carinho e por terem com sacrifício possibilitado os meus estudos.

Aos meus irmãos, em especial ao Dudu, pelo seu incentivo e que com seu bom humor sempre me distrai.

Ao meu noivo, Sérgio, por todo seu amor, amizade e companheirismo, que esteve presente e me ajudou em todos os momentos. Agradeço por suas palavras de carinho, seu abraço aconchegante e até mesmo pelo sistema de computador que me proporcionou agilidade na obtenção dos resultados da minha pesquisa.

Aos profissionais do Serviço Social do IPq-SC, as(os) Assistentes Sociais: Ana, Edmar, Roberta, Salésio e Salete e os Secretários(as): Arlete, Célio e Roberto, pelo carinho e respeito. Em especial à Assistente Social Silvia por ter me dado a oportunidade de iniciar o estágio nesta instituição, sendo minha primeira supervisora e pelo carinho e confiança depositada. E, a Assistente Social Juçara, pela amizade e por sua postura profissional, que muito me ensinou. Pessoas por quem sinto muito respeito e admiração.

Aos profissionais da Unidade Sonir Malara e do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico, que contribuíram para a minha pesquisa.

Às pacientes portadoras de transtornos mentais internadas na USM, que possibilitaram a realização desta pesquisa.

Às amigas de longa data, Charlene e Juliana, às afilhadas Thiara e Lana e a prima Fafa, pela compreensão da minha ausência, pelo afeto e pelas palavras de incentivo.

Às amigas que conquistei nesta caminhada, Barbara, Grasiela e Márcia, pelos momentos de descontração e pelo carinho. Em especial à amiga Ana Silvia, com quem sempre pude contar, pelos telefonemas intermináveis que contribuíam para amenizar a minha ansiedade e esclarecer muitas dúvidas e por quem sinto muito afeto. E, a amiga Tatiana, por sua descontração sempre presente, por seu carinho e companheirismo.

À Professora Cleci, por sua disponibilidade e dedicação na orientação deste trabalho.

À Professora Luiza e a Enfermeira Adriana, por terem aceitado prontamente participar da banca.

Ao corpo docente da UFSC, pelo conhecimento transmitido.

Enfim, a todos que direta e indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Muito obrigada!

PORTO, Josiane Iraci. **DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM MULHERES:** Uma questão a ser tratada. Florianópolis/SC: 2006.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo central realizar um estudo com mulheres internadas no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq-SC), na Unidade Sonir Malara (USM), com diagnóstico de dependência química. A construção deste é resultado de uma pesquisa bibliográfica e documental, com caráter descritivo e quanti-qualitativo. Como procedimentos metodológicos, além de vasta consulta referencial em que se realizou uma revisão dos conceitos sobre a dependência química, a legislação vigente e as principais formas de tratamento existentes para os usuários de substâncias psicoativas e a dependência química em mulheres, houve também uma consulta documental realizada nos prontuários das pacientes que internaram-se no ano 2005, com diagnóstico de dependência química, além de informações coletadas através da participação nos grupos realizados na USM. Foram analisados 26 prontuários, e levantou-se informações referentes à procedência, faixa etária, grau de escolaridade, profissão, droga utilizada, tempo de uso, se já realizou tratamento anterior, tempo de internação na USM e o tipo de alta (hospitalar, pedida ou fuga) desta demanda. Os resultados obtidos apontam que a maioria das pacientes possui ensino fundamental incompleto e são do lar. Em relação à droga utilizada houve predomínio do álcool, e os resultados demonstraram que as mulheres iniciam o uso muito cedo e recebem tratamento após anos de dependência e que um número reduzido havia recebido tratamento especializado. O tempo de internação da grande maioria foi de menos de 10 dias e o tipo de alta foi hospitalar.

Palavras-chave: Dependência química. Substâncias psicoativas. Serviço Social. Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1: Esquema sobre as conseqüências do uso de álcool, dependendo da dose e da frequência.	16
Figura 2: Processo de atendimento na USM.....	42
Figura 3: Procedência	52
Figura 4: Escolaridade.....	53
Figura 5: Ocupação.....	54
Figura 6: Drogas Utilizadas.....	55
Figura 7: Idade de Início.....	57
Figura 8: Idade de Internação	58
Figura 9: Tratamento	59
Figura 10: Tempo de Permanência.....	60
Figura 11: Gráfico de Tipo de Alta.....	61
Quadro 1: Substâncias depressoras do SNC.....	13
Quadro 2: Substâncias estimulantes do SNC	14
Quadro 3: Substâncias perturbadoras do SNC.....	14
Tabela 1: Estágios de Intoxicação Alcoólica.....	16
Tabela 2: Funcionários IPq - SC.....	39
Tabela 3: Principais doenças com sua distribuição por diagnóstico sindrômico e sexo das internações e reinternações.....	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 DEPENDÊNCIA QUÍMICA	10
2.1 Aspectos Conceituais e Históricos	10
2.1.1 <i>Alcoolismo.....</i>	<i>15</i>
2.1.2 <i>Comorbidade.....</i>	<i>17</i>
2.2 Saúde Pública e a Atenção aos Usuários de Substâncias Psicoativas	18
2.2.1 <i>Legislação Brasileira.....</i>	<i>20</i>
2.2.2 <i>A Política de Prevenção como questão de cidadania</i>	<i>24</i>
2.2.3 <i>Formas de Tratamento</i>	<i>25</i>
2.2.3.1 Ambulatorial	26
2.2.3.2 Internação.....	27
2.2.3.3 Grupos.....	29
2.3 Dependência Química em Mulheres	30
2.3.1 <i>Os papéis de homens e mulheres em relação ao uso de substâncias psicoativas.....</i>	<i>31</i>
2.3.2 <i>Tratamento para Mulheres Dependentes Químicas.....</i>	<i>34</i>
3 MULHERES USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS INTERNADAS NA UNIDADE SONIR MALARA – A PESQUISA	37
3.1 Caracterização da Instituição.....	37
3.1.1 <i>Unidade Sonir Malara.....</i>	<i>40</i>
3.1.2 <i>O Serviço Social e sua intervenção no IPq-SC.....</i>	<i>44</i>
3.2 A construção de um processo de pesquisa a partir da experiência de estágio	48
3.2.1 <i>Trajetória Metodológica.....</i>	<i>49</i>
3.2.2 <i>Etapas da Pesquisa</i>	<i>50</i>
3.2.3 <i>Análise e Interpretação dos Dados.....</i>	<i>51</i>
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS.....	66
ANEXO A – Lista dos CAPs de Santa Catarina.....	76
ANEXO B – Lista dos grupos AA nos municípios de São José e Florianópolis.....	81
ANEXO C – Relação dos grupos NA no Estado de Santa Catarina.....	85
ANEXO D – Declaração Comitê de Ética.....	92

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado *Dependência Química em mulheres: uma questão a ser tratada*, visa atender as exigências do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

O consumo de substâncias psicoativas expandiu-se consideravelmente a partir da segunda metade do século XX, configurando-se em um verdadeiro fenômeno de massa e um grave problema de saúde pública. No entanto, o uso dessas substâncias sempre existiu ao longo da história da humanidade, deste modo, investigá-lo nos permite conhecer a forma como uma determinada realidade social é construída. (LUIS, 2000).

É importante ressaltar que o consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno universal e que em relação às mulheres, provavelmente, não é um fenômeno contemporâneo. Entretanto, há um atraso e deficiência de dados encontrados e escassez de estudos, em relação às mulheres dependentes químicas se comparadas aos homens. (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006).

Zilberman (2002) enfatiza que as mudanças no papel social da mulher, ao longo dos anos, contribuíram para o aumento do número de mulheres usuárias de substâncias psicoativas. Assim, apesar dos poucos estudos epidemiológicos existentes, há evidências de que o consumo de drogas entre mulheres, especialmente na adolescência, vem crescendo.

O interesse pelo tema é decorrente da prática vivenciada no estágio curricular obrigatório, realizado no período de agosto a dezembro de 2005, onde pôde-se constatar, primeiramente, que não há no IPq-SC uma unidade de dependência química feminina, no entanto há para homens. Constatou-se, também, que a rede pública do Estado não oferece tratamento especializado para mulheres dependentes químicas. Diante disso, tem-se por objetivo central realizar um estudo com mulheres internadas na Unidade Sonir Malara do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, com diagnóstico de dependência química.

Para a concretização deste trabalho, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental, com caráter descritivo e quanti-qualitativo, em que se utilizou análise de referenciais teóricos acerca do tema, análise de prontuários das pacientes internadas na Unidade Sonir Malara com diagnóstico de dependência química, no período de janeiro a

dezembro de 2005 e informações coletadas através da participação nos grupos realizados na USM.

Neste sentido, este trabalho está organizado da seguinte forma:

O segundo capítulo contempla os referenciais conceituais e históricos sobre substâncias psicoativas, abordando o alcoolismo, a atenção aos usuários de substâncias psicoativas e a legislação vigente, além das formas de tratamento. Será apresentada, também, essa questão no universo das mulheres dependentes químicas e a necessidade de tratamento especializado para elas.

O terceiro capítulo traz a trajetória histórica do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, bem como da Unidade Sonir Malara, na qual desenvolveu-se o estágio, além de descrever a atuação do Serviço Social na referida instituição. Contemplam-se, ainda, os processos metodológicos, as etapas e a análise e interpretação da pesquisa, realizada nos prontuários das mulheres usuárias de substâncias psicoativas, que estiveram internadas na USM, em 2005.

Por fim, temos as considerações finais acerca do trabalho desenvolvido, bem como as referências bibliográficas utilizadas.

2 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Este capítulo tem por objetivo descrever os conceitos sobre dependência química, suas consequências para o indivíduo e para a sociedade, apresentar as formas de tratamento disponíveis na rede pública de saúde, enfatizando a dependência química em mulheres e a necessidade de tratamentos especializados.

2.1 Aspectos Conceituais e Históricos

Desde os primórdios da civilização humana, a droga¹ já fazia parte do cotidiano do homem. Plantas como o ópio, a coca e a maconha já eram utilizadas em rituais religiosos, culturais, sociais, entre outros. (LESSA, 1998; CARMO, 2003).

Segundo Araújo e Moreira (2006, p. 12), “nas sociedades ocidentais contemporâneas, o fim do século XIX e o início do século XX foram marcados pelo primeiro ciclo de intolerância ao uso de substâncias psicoativas.”

Na década de 20, os trabalhos científicos sobre dependência química eram escassos, no entanto, estima-se que já existiam, aproximadamente, 100 mil usuários de drogas. Nos anos 50, aumentou a utilização de drogas sintéticas, com efeito tranqüilizante. Na década de 60, com o movimento hippie, a utilização de drogas com o intuito de efeitos prazerosos aumentou, devido a sua “ideologia libertatória”, que buscava a fuga do sistema social repressivo do ocidente. Nos anos 70, tornou-se prática o uso de solventes orgânicos. (LESSA, 1998).

As décadas de 60 e 70 marcaram um período de acentuada condescendência com o consumo de drogas. Artistas e intelectuais propagaram o uso dessas substâncias e o associaram a ideais de contracultura e de uma nova ordem social. Já, no fim da década de 70, o cenário das

¹ Droga é qualquer substância que, introduzida num organismo, é capaz de modificar uma ou mais de suas funções. (LESSA, 1997, p. 1).

drogas passou por novas mudanças, houve um novo ciclo de intolerância ao uso de drogas. (ARAÚJO; MOREIRA, 2006).

Com o passar dos anos, a utilização das drogas deixou de ser exclusividade dos adultos, estendendo-se aos adolescentes e idosos (LESSA, 1998), passando a ocupar o plano da marginalidade. A partir de sua proibição, a natureza destas substâncias foi aos poucos se misturando aos valores sociais, culturais, econômicos e morais de cada sociedade, valores estes que vem determinando o relacionamento entre o ser humano e as diversas drogas existentes. Por sua vez, é mutável a maneira como a humanidade se relaciona com as substâncias psicoativas². (ARAÚJO; MOREIRA, 2006). Substâncias psicoativas são aquelas que alteram o comportamento, humor e cognição, agem preferencialmente nos neurônios afetando o sistema nervoso central. (CARMO, 2000).

O Brasil tem reconhecido o uso indevido de substâncias psicoativas como um grave problema para a sociedade, pois o consumo intensificou-se nas últimas duas décadas. Mesmo que o uso destas substâncias seja uma prática antiga, verifica-se uma variação em sua aceitação. Algumas substâncias são liberadas para o uso, outras controladas por medicamentos e outras, ainda, expressamente proibidas. (CARMO, 2003).

Conforme Dias e Pinto (2006), em relação a sua origem, as drogas psicoativas podem ser divididas em três grupos:

- ✓ Naturais: plantas que contém princípios psicoativos, que servem de matéria-prima na preparação de substâncias.
- ✓ Semi-sintéticas: resultado da manipulação química realizada, em laboratório, nas drogas naturais.
- ✓ Sintéticas: produzidas unicamente por manipulações químicas em laboratórios.

Tratar de problemas médicos, relaxar, diminuir inibições, lidar com problemas, pertencer a determinado grupo, rituais religiosos, obter prazer; por curiosidade, seriam estes alguns dos motivos que levam o homem a fazer o uso de substâncias psicoativas. (DIAS; PINTO, 2006).

Um grande número de pessoas experimenta substâncias psicoativas, destas uma grande parte passa a fazer uso de forma ocasional. Uma pequena parte desses usuários ocasionais passa para padrões de uso de risco, por fim, alguns deles tornam-se dependentes. O padrão de

² Está sendo utilizado o termo *substâncias psicoativas*, pois na atualidade muitos autores o utilizam na definição de drogas.

consumo de substâncias envolve distintos graus de riscos, que decorrem da interação de diferentes fatores, tais como: tipo de droga utilizada; características biológicas e psicológicas dos usuários e o contexto em que se dá o uso de drogas. (SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

Segundo a Secretaria Nacional Anti-Drogas (SENAD),

dependência é um impulso que leva a pessoa a usar uma droga de forma contínua (sempre) ou periódica (freqüentemente) para obter prazer. Alguns indivíduos podem também fazer uso constante de uma droga para aliviar tensões, ansiedades, medos, sensações físicas desagradáveis, etc. O dependente caracteriza-se por não conseguir controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva. (SENAD, 2002, p. 14).

É importante salientar que há uma diferenciação entre o usuário e o dependente químico. De acordo com Silveira Filho (1995, p. 142),

[...] o dependente de drogas é um indivíduo para quem a droga passou a desempenhar um papel central na sua organização psíquica, na medida em que, através do prazer, ocupa lacunas importantes, tornando-se assim indispensável ao seu funcionamento psíquico, ou seja, um dependente, ao contrário do usuário, não pode prescindir da sua droga.

A CID-10³ estabelece que o uso de substâncias psicoativas pode causar transtornos mentais e de comportamento, classificadas entre as categorias F10 a F19, com diferentes diagnósticos.

Segundo BALLONE (2003), a Organização Mundial de Saúde traça diretrizes para diagnosticar a dependência de drogas, sendo necessário que três ou mais dos seguintes critérios abaixo tenham sido preenchidos por algum tempo durante os últimos doze meses.

- ✓ Forte desejo ou compulsão para usar a substância.
- ✓ Dificuldade em controlar o consumo da substância, em termos de início, término e quantidade.
- ✓ Presença da síndrome de abstinência ou uso da substância para evitar o aparecimento dela.
- ✓ Presença de tolerância, evidenciada pela necessidade de aumentar a quantidade para obter o mesmo efeito anterior.
- ✓ Abandono progressivo de outros interesses ou prazeres em prol do uso da substância.

³ Classificação Estatística Internacional de Doença e Problemas Relacionados a Saúde na sua 10ª Revisão, foi simplificado para Classificação Internacional de Doenças.

- ✓ Persistência no uso, apesar das diversas consequências danosas.

Podemos classificar, as drogas em relação a sua legalidade, como lícitas e ilícitas. “As drogas lícitas possuem permissão do Estado para serem comercializadas e consumidas. As drogas ilícitas não podem ser consumidas e muito menos comercializadas, pelo menos com a anuência do Estado.” (ÁLCOOL E DROGAS, 2004). As drogas ilícitas não são as únicas substâncias que causam dependência, como podemos observar no uso do tabaco e do álcool. Outra classificação seria em relação a seus efeitos sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), que podem ser:

- ✓ Depressoras: Substâncias que diminuem a atividade cerebral, deixando os estímulos nervosos mais lentos. É comum um efeito euforizante inicial e um posterior aumento da sonolência. Exemplo: álcool, solventes ou inalantes, sedativos ou calmantes e opiácios. O quadro, a seguir, proporciona um melhor entendimento das ações das substâncias relatadas em relação às depressoras.

Substância	Possíveis efeitos
Álcool	Em pequenas doses: desinibição, euforia, perda da capacidade crítica. Em doses maiores, sensação de anestesia, sonolência, sedação.
Solventes ou Inalantes	Euforia, sonolência, anorexia, alucinações, visão dupla, fala enrolada, movimentos desordenados e confusão mental. Em altas doses, pode haver queda da pressão arterial e da respiração.
Sedativos ou Calmantes	Alívio da tensão e da ansiedade, relaxamento muscular, náuseas, vômitos, sonolência e apatia.
Opiácios	Sonolência, alívio da dor, sensação de leveza e prazer, diminuição da frequência respiratória, náuseas e vômitos, redução do apetite.

Quadro 1: Substâncias depressoras do SNC.

Fonte: Dias; Pinto (2006)

- ✓ Estimulantes: Substâncias que aumentam a atividade cerebral, deixando os estímulos nervosos mais acelerados. Produzem aumento do estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos. “A maioria das drogas estimulantes (cocaína, crack, ecstasy) tem sua venda proibida ou, no caso das anfetaminas, controlada por receita médica. Já, a nicotina é o representante ‘legal’ dessa categoria.” (CARMO, 2003, p. 13). No quadro 2 são explicitados os possíveis efeitos das substâncias estimulantes do SNC.

Substância	Possíveis efeitos
Cocaína	Perda do apetite, insônia, hiperatividade, agressividade, irritabilidade, hipertensão, hemorragia nasal e gengival e degeneração dos músculos.
Crack	Congestão nasal, danos aos pulmões, perda de peso muito rápido, irritabilidade, ataques cardíacos, derrame cerebral.
Ecstasy	Sérias lesões no fígado e no cérebro, pode causar a morte por hipertermia.
Anfetaminas	Estimulam atividades físicas e mental, causando inibição do sono e diminuição do cansaço e da fome, taquicardia, ansiedade e agressividade. O uso prolongado pode levar à destruição do tecido cerebral.
Nicotina	Reduz o apetite, excitação, doenças cardíacas. O hábito de fumar está frequentemente associado ao câncer de pulmão, bexiga, próstata, entre outros.

Quadro 2: Substâncias estimulantes do SNC

Fonte: Dias; Pinto (2006)

- ✓ Perturbadoras: Substâncias que alteram a percepção, fazendo com que o cérebro passe a funcionar de forma desordenada, produzindo diversos fenômenos psíquicos anormais, como alterações senso-perceptivas (alucinações, ilusões e delírios). Além da maconha, existem as drogas produzidas em laboratório, como o LSD⁴. Todas as drogas desse grupo têm seu consumo proibido pelas leis brasileiras. (CARMO, 2003). Abaixo, estão descritas as ações das substâncias perturbadoras do SNC.

Substância	Possíveis Efeitos
Maconha	Desmotivação, interferência na aprendizagem e na memorização, fadiga, vertigem, sonolência, variação do humor, aumento do apetite, depressão.
LSD	Dilatação da pupila, apatia, taquicardia, aumento da temperatura e da pressão arterial, confusão dos sentidos.

Quadro 3: Substâncias perturbadoras do SNC

Fonte: Dias; Pinto (2006)

⁴ Dietilamida do ácido lisérgico (do inglês, LSD) é uma substância sintética, produzida em laboratório. Ela foi descoberta acidentalmente pelo cientista suíço Hoffman, que ingeriu uma pequena quantidade da droga.

No item, a seguir, será discutida a questão do alcoolismo, destacando-se o álcool como uma das substâncias psicoativas mais utilizadas na sociedade, bem como por obter-se como prevalência nos resultados da pesquisa que segue no capítulo seguinte.

2.1.1 Alcoolismo

O álcool é a substância psicoativa mais utilizada no Brasil. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o alcoolismo é a quarta doença mais incapacitante e está entre os dez principais problemas de saúde pública do mundo. (NIEL; JULIÃO, 2006). Segundo dados de pesquisas recentes, o seu uso durante a vida atingiu uma população de 69,4% na região sul. (CARLINI et al., 2002).

No Brasil, pelos dados apontados pelas pesquisas, o álcool deveria ser questão prioritária para a saúde pública, pois as taxas de prevalência do alcoolismo na população que procura algum tipo de assistência médica têm variado de 20% a 50%, além de 50% a 90% das internações psiquiátricas terem sido causadas pelo alcoolismo. (OLIVEIRA; LUIS, 2000).

O álcool apresenta algumas características que fazem com que seu uso se sobressaia em relação a outras substâncias, como: o fato de ser uma substância lícita e culturalmente aceita; de fácil acesso e baixo preço; apresentar deficiência na fiscalização dos seus pontos de vendas; entre outras. (NIEL, JULIÃO, 2006).

Conforme ressalta Oliveira e Luis (2000), a população considera “droga” somente as ilícitas, o que contribui para a veiculação do álcool na mídia e valoriza seu uso como indício de maturidade e virilidade, promovendo o consumo doméstico e precoce.

Segundo Mansur (1987), Motta e Queiroz (2006), o álcool é uma das drogas em que é possível o consumo controlado pelo usuário, no entanto, o seu uso inadequado pode trazer prejuízos orgânicos, psicológicos e sociais para o usuário, situação conhecida como alcoolismo. A passagem da fase do controle para o alcoolismo é intermediada por uma interface, simbologicamente representada, que vai de um *dégradé* rosa claro ao vermelho, em que o usuário começa a se deparar com os sintomas da dependência, este processo pode levar anos, como mostra a figura 1.



Figura 1: Esquema sobre as conseqüências do uso de álcool, dependendo da dose e da freqüência.

Segundo Dias e Pinto (2006), a ingestão alcoólica é responsável por uma série de efeitos depressivos no Sistema Nervoso Central, desde a leve sedação até o óbito, como ressalta a tabela 1.

Tabela 1: Estágios de Intoxicação Alcoólica

Concentração de álcool no sangue (% Wt/Vol)	Estágio	Sinais e sintomas clínicos
0,01 – 0,05	Sobriedade	O comportamento permanece praticamente sem alteração.
0,03 – 0,12	Euforia	Leve euforia, comportamento mais sociável, aumento da autoconfiança, diminuição da inibição, da atenção, da capacidade crítica e do controle.
0,09 – 0,25	Excitação	Instabilidade emocional, diminuição da inibição, redução do julgamento crítico, comprometimento da memória e capacidade de compreensão, diminuição da resposta sensorial, moderado comprometimento da coordenação motora.
0,18 – 0,30	Confusão	Desorientação, confusão mental, tonteira, estados emocionais exacerbados, como medo, raiva, tristeza; alteração das sensações e da percepção de cores; aumento da tolerância à dor; equilíbrio prejudicado; discurso incompreensível.
0,27 – 0,40	Estupor	Apatia, inércia, importante diminuição da resposta a estímulos, marcante incoordenação motora, incapacidade para ficar de pé ou andar, vômito, incontinência da urina e das fezes, alteração de consciência, sono ou estupor.
0,35 – 0,50	Coma	Completa inconsciência, coma, redução ou ausência de reflexos, baixa temperatura, incontinência da urina e das fezes, depressão dos sistemas circulatório e respiratório, risco de óbito.
0,45 ou +	Óbito	Óbito por parada respiratória.

Fonte: Dias; Pinto (2006)

O alcoolismo é considerado uma doença com características biológicas, psicológicas e socioculturais. Em relação ao fator biológico, pressupõe-se que o abuso e a dependência são determinados por uma pré-disposição biológica e constitui doença crônica, progressiva e incurável. Os fatores psicológicos são determinados por defeitos estruturais da personalidade preexistentes ao consumo do álcool, como: insegurança, baixa resistência à frustração, entre outros. Já, quanto aos fatores socioculturais, considera-se a influência da família ou do grupo social na qual o usuário está inserido. (MOTTA; QUEIROZ, 2006).

Devido aos altos índices de transtornos relacionados ao uso de álcool e às várias complicações físicas e psiquiátricas, torna-se um desafio para médicos psiquiatras e demais profissionais da área da saúde, o diagnóstico e o tratamento do alcoolismo. (SILVEIRA; JULIÃO; NIEL, 2006). Por ser alta a incidência de mais de um transtorno mental nos usuários de substâncias psicoativas, a seguir, será enfatizada a comorbidade.

2.1.2 Comorbidade

A comorbidade psiquiátrica pode ser definida pela presença de dois ou mais transtornos mentais na mesma pessoa. Na última década, a incidência de comorbidade em relação ao abuso ou dependência de substâncias e transtornos mentais graves parece estar aumentando. Esse fato pode estar associado ao aumento e disponibilidade de álcool e drogas para a população em geral. (LARANJEIRA; ZALESKI; RATTI).

Em relação à comorbidade, 14% da população brasileira apresenta 3 ou mais comorbidades psiquiátricas. Nos pacientes com abuso/dependência de álcool, as taxas de comorbidade chegam a 36,6%. Nos usuários de cocaína, esses valores chegam a 76%, ou seja, 11 vezes maior que na população em geral, 2 vezes maior que nos dependentes de álcool e 4 vezes maior que nos dependentes de outras substâncias. (CASTRO, 2000).

De acordo com Lacks, Moreira e Silveira (2006, p. 68), “a presença de algum transtorno psiquiátrico concomitante ao diagnóstico de dependência de qualquer substâncias parece ser freqüente e significativamente maior do que na população geral.”

As comorbidades podem ser constituídas em três classes: patogênica, diagnóstica e prognóstica. Na classe patogênica, um determinado transtorno leva ao desenvolvimento de outro, ambos podem estar relacionados; na diagnóstica, quando dois ou mais transtornos cujos critérios diagnósticos baseiam-se em sintomas não específicos; e, na prognóstica, quando a combinação de dois transtornos levam ao aparecimento de um terceiro. (LARANJEIRA; ZALESKI; RATTO).

Ressalta-se que há maior probabilidade de ocorrência de comorbidades em mulheres do que em homens. Em relação aos homens, predominaram as comorbidades por uso de substância, os transtornos de conduta e os transtornos da personalidade anti-social. Já nas mulheres, os principais transtornos foram de ansiedade e afetivos. (EDWARDS, 2005).

Zilberman (2002) enfatiza que mulheres alcoolistas apresentam maior chance de adquirir comorbidade psiquiátrica em relação aos homens, 65% e 44%, respectivamente.

Entre os usuários de drogas que possuem comorbidade com outros transtornos mentais é necessária uma abordagem terapêutica para ambas as condições psiquiátricas. (CASTRO, 2000).

Os profissionais de saúde mental, entre eles, Médicos, Psicólogos, Enfermeiros, Terapeutas Ocupacionais e Assistentes Sociais, muitas vezes encontram dificuldades para fazer o correto diagnóstico devido às comorbidades. Em muitas ocasiões o diagnóstico de dependência química não é identificado em detrimento de outras doenças psiquiátricas (FURTADO, 2000).

Diante do exposto, verifica-se uma grande incidência de comorbidades em relação aos pacientes dependentes químicos. Neste sentido, observa-se a necessidade de um diagnóstico minucioso, a fim de realizar um tratamento adequado para cada caso.

2.2 Saúde Pública e a Atenção aos Usuários de Substâncias Psicoativas

A partir da Constituição Federal de 1988, o Brasil avança significativamente a sua atenção à saúde. Com a instituição da Seguridade Social, formada pelas políticas setoriais da área de saúde, da previdência e da assistência social, estabeleceu-se, no seu artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”, desta forma, todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, executadas e concretizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através de uma rede de serviços de saúde.

O SUS foi regulamentado pela Lei nº 8.080, de 1990, Lei Orgânica da Saúde, sendo formado pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, bem como, em caráter complementar pela iniciativa privada. Esta lei tem por princípios fundamentais: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, sendo um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; entre outros.

Segundo Borja (2003), o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, com ele o Brasil passou a contar com um sistema público de saúde único e universal, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população.

O artigo 3º da Lei nº 8.080/90 define saúde não apenas como a ausência de doenças, sendo determinada e condicionada pela alimentação, moradia, saneamento básico, meio-ambiente, trabalho, educação, renda, lazer, etc, destinando-se, assim, a garantir condições de bem-estar físico, mental e social às pessoas e à coletividade.

Desta forma, a realidade contemporânea tem colocado novos desafios no campo da saúde, pois o tema *álcool e outras drogas* tem recebido destaque devido à necessidade de uma ação não apenas ampliada, mas com uma perspectiva transversalizadora, que permita a apreensão do fenômeno contemporâneo do uso/ abuso/dependência de álcool e outras drogas de modo integrado e diversificado em ofertas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras da saúde (BRASIL, 2003).

Neste sentido, houve um aumento no interesse do Estado nos problemas relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas, pois este tem tornado-se um grave problema de saúde pública. Interesse este decorrente do aumento dos problemas sociais relacionados ao crescimento da população consumidora de substâncias psicoativas. (FURTADO, 2000).

De acordo com Dias e Pinto (2006, p. 48),

a extensa e crescente variedade de drogas de abuso associadas tanto ao comércio legal quanto ao mercado ilegal e sua implicação nos diversos problemas de saúde e sérios danos socioeconômicos se constitui num problema de saúde pública.

De acordo com Albuquerque e Pedrão (2000, p. 103), “a dependência química é um problema que vem recebendo atenção crescente, mobilizando todo um sistema de saúde.”

Com as crescentes conquistas e ampliações dos direitos sociais, nos âmbitos da Constituição Federal e do SUS, é garantido aos usuários de serviços de saúde mental e,

conseqüentemente, aos que sofrem por causa de transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a universalidade e totalidade de acesso e direito à assistência (CARVALHO; MIRANDA). Esses direitos estão destacados nas formas de leis, decretos, portarias, entre outros, que serão abordados no item 2.2.1.

2.2.1 Legislação Brasileira

O consumo de drogas intensificou-se nos anos 60, principalmente nos países industrializados. No entanto, só a partir da década de 70 começou a ser entendido, no Brasil, como problema de saúde pública, então criou-se a Lei nº 6.368, de 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. (BUCHER, 1992).

A Lei nº 6.368/76 traz em seu artigo 3º:

as atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica serão integradas num Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão, constituído pelo conjunto de órgãos que exerçam essas atribuições nos âmbitos federal, estadual e municipal.

Sendo assim, foi criado o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD⁵), tendo com objetivo de organizar, articular e integrar as atividades do setor público, para prevenir o uso indevido de drogas, reduzir os danos decorrentes desse uso, tratar e reinserir os usuários e dependentes de drogas e reprimir a sua produção não autorizada e o seu tráfico (SALGADO).

Desta forma, entre as décadas de 80 e início de 90, os assuntos relacionados às drogas e suas conseqüências estavam subordinados ao Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN). Conforme Decreto nº 85.110, de 1980, o CONFEN é o órgão central do SISNAD, sendo vinculado ao Ministério da Justiça, tendo como objetivos: propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão,

⁵ Participam deste sistema todas as organizações públicas do país que exercem atividades relacionadas com o assunto, nas três esferas de governo – federal, estadual e municipal (SALGADO, p. 61).

controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de substâncias que determinem dependência física ou psíquica.

Nos âmbitos estadual e municipal, a ação voltada à prevenção ao uso de drogas se dá através dos Conselhos Estaduais de Entorpecentes (CONEN) e dos Conselhos Municipais de Entorpecentes (COMEN), respectivamente. No Estado de Santa Catarina, o CONEN-SC foi criado pelo Decreto nº 18.505, de 1982, com as seguintes atribuições, conforme artigo 1º:

fica instituído o Sistema Estadual de Prevenção, Fiscalização e Repressão ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, respeitado o disposto no artigo 8º, inciso VIII, da Constituição Federal, bem como as atividades de recuperação de dependentes.

Já, no Município de Florianópolis, o COMEN foi criado pela Lei nº 3713, de 1992, tendo por responsabilidade, no seu artigo 1º,

fica instituído o Conselho e o Sistema Municipal de Prevenção, Fiscalização e Repressão ao Uso de Entorpecentes, integrado aos Sistemas Federal e Estaduais de Prevenção, Fiscalização e Repressão ao Uso de Entorpecentes, destinados a auxiliar e cooperar com as atividades de prevenção, fiscalização e ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física e psíquica, bem como, na recuperação de dependentes do Município de Florianópolis.

Bucher (1992) ressalta que as ações realizadas pelo CONFEN até o início da década de 90 não conseguiam desenvolver propostas coerentes e exequíveis frente à amplitude do problema. Assim, constata-se que até esse período o Brasil não possuía uma política nacional de drogas.

Em 1998, através da Medida Provisória nº 1.669, foi reestruturado o Sistema Nacional Antidrogas, instituiu-se a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e transformou-se o COFEN no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). Por meio desta, o SISNAD passou a ser composto pelo CONAD, órgão normativo de deliberação coletiva e presidido pelo Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Já, a SENAD é a Secretaria Executiva do CONAD e presta apoio às atividades do conselho. (SALGADO).

No ano de 1999, a Lei nº 6.368/76 sofreu alteração na redação do artigo 34, com a criação da Lei nº 9.804, de 1999, que trata dos bens utilizados nos crimes de tráfico e que foram apreendidos.

Em 2002, foi sancionada a Lei nº 10.409, que

dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou

drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências.

No decorrer do mesmo ano, foi instituída a Política Nacional Antidrogas, através do Decreto nº 4.345. Assim, houve um avanço nas políticas públicas na área da atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Esta política foi atualizada em 2005 através da Resolução nº 03 do CONAD, no entanto, muito ainda tem que ser feito em termos de legislação.

Salienta-se que a dependência química é considerada como um transtorno mental decorrente do uso de substâncias psicoativas, desta forma será abordado na sequência a legislação na área da saúde mental.

Em 1994, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria GM nº 1.720, em que define que a atenção à saúde mental seguiria os preceitos do Documento da Fundação da Federação Mundial de Saúde Mental e da Declaração Universal de Direitos Humanos. Esta mesma portaria determinou que o Brasil, como Estado-Membro das Nações Unidas, teria até o ano 2000 para alcançar as metas de saúde da OMS, que seguem abaixo:

- ✓ conseguir que se respeitem os direitos das pessoas que sofrem transtornos mentais e emocionais;
- ✓ ampliar os programas de prevenção que buscam reduzir a ameaça dos transtornos emocionais nos grupos vulneráveis;
- ✓ promover o fornecimento dos serviços terapêuticos necessários e apropriados aos que deles necessitem;
- ✓ melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental em todo o mundo;
- ✓ promover a saúde mental e emocional em todos os povos. (BRASIL, 2004, p. 93).

Com o intuito de garantir a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, foi criada em 2001 a Lei nº 10.216, que estabelece em seu artigo 2º, parágrafo I, os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental: “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades.” (BRASIL, 2004, p. 17).

Para uma maior efetivação da Lei nº 10.216/01, o Ministério da Saúde estabeleceu a Portaria GM nº 336, de 2002, na qual descreve os objetivos, composição técnica e modo de

funcionamento dos CAPs⁶ (no Anexo A, consta a lista dos CAPs de Santa Catarina), em que se inclui os CAPs ad II⁷. Suas principais características são:

- ✓ sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;
- ✓ possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- ✓ coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;
- ✓ supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial.

No corrente ano, outra Portaria foi instituída, a GM nº 816, que estabeleceu em seu artigo 1º, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e Municípios, tendo por objetivos:

- ✓ articular as ações desenvolvidas pelas três esferas de governo destinadas a promover a atenção aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool ou outras drogas;
- ✓ organizar e implantar rede estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos pacientes com esse tipo de transtorno, articulada à rede de atenção psicossocial;
- ✓ aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- ✓ realizar ações de atenção/assistência aos pacientes e familiares, de forma integral e abrangente, com atendimento individual, em grupo, atividades comunitárias, orientação profissional, suporte medicamentoso, psicoterápico, de orientação e outros;
- ✓ organizar/regular as demandas e os fluxos assistenciais;
- ✓ promover, em articulação com instituições formadoras, a capacitação e supervisão das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental locais.

⁶ Centro de Atenção Psicossocial

⁷ Centros de Atenção Psicossocial para Atenção a Pacientes com Transtornos Decorrentes do Uso Prejudicial de Álcool e outras Drogas.

Em 2003, foi criado o grupo de trabalho intraministerial (GAOD) para estabelecimento de uma política de saúde para a área de álcool e outras drogas, através da Portaria GM nº 457.

Desta forma, explicitou-se as principais legislações brasileiras vigentes, no âmbito da dependência química.

Todavia, Bucher (1992) ressalta que a sociedade e o governo brasileiro, no enfrentamento dos problemas relacionados ao uso e abuso de drogas, sempre esteve voltado para uma política de repressão em detrimento de ações preventivas abrangentes.

2.2.2 A Política de Prevenção como questão de cidadania

A prevenção ao uso de drogas visa a adoção de uma atitude responsável com relação às substâncias psicoativa. Desta forma, busca trabalhar para que a população não abuse de drogas e, conseqüentemente, não cause danos sociais relacionados a esse abuso. (MESQUITA, HALPERN, BUCCARETCHI, 1993).

Segundo Noto e Moreira (2006), a prevenção tem por objetivo a diminuição de problemas de saúde associados ao consumo indevido de substâncias psicoativas. As intervenções de saúde pública caracterizam-se em três níveis de prevenção, que serão relacionados ao uso indevido de drogas, estabelecidos da seguinte forma:

- ✓ Prevenção primária: conjunto de ações que procura evitar o uso de drogas, sendo a divulgação de informações o modelo mais conhecido, visa diminuir a chance de novas pessoas começarem a utilizar.
- ✓ Prevenção secundária: conjunto de ações que procura evitar a ocorrência de complicações para as pessoas que fazem uso ocasional de drogas, buscam identificar os usuários e favorecer mudanças de comportamento.
- ✓ Prevenção terciária: conjunto de ações que, a partir de um uso problemático de drogas, procura evitar prejuízos adicionais ou reintegrar à sociedade os indivíduos com problemas mais sérios. Buscam identificar e lidar com os casos emergenciais, com pacientes portadores de problemas que necessitam de encaminhamento, bem como orientação familiar, auxílio na reabilitação social e encaminhamento para tratamento de comorbidades.

Outra forma de pensar a prevenção, segundo os autores, é em função da população-alvo em questão. Entretanto, na classificação citada anteriormente, o foco é a droga. Nesta, segundo Noto e Moreira (2006), o foco passa a ser o indivíduo ou a população, da seguinte forma:

- ✓ Intervenções universais: voltadas para a população em geral.
- ✓ Intervenções seletivas: destinadas a certos grupos de risco ao uso de substâncias psicoativas.
- ✓ Intervenções individuais: desenvolvidas para pessoas usuárias ou com comportamento desadaptado devido ao uso de substâncias psicoativas. Buscam a diminuição da utilização das substâncias psicoativas e a reinserção dos usuários na sociedade.

Como existem diversas metodologias de intervenção, deve-se ressaltar que para a escolha da metodologia de intervenção mais adequada é preciso conhecer e respeitar as características e necessidades da comunidade-alvo. (NOTO; MOREIRA, 2006).

Em relação ao uso de substâncias psicoativas, existem duas tendências que norteiam a ação do Estado: por um lado, estabelece-se medidas repressivas contra a produção, uso e tráfico de drogas; por outro, investe-se fortemente no tratamento de dependência de drogas já instalada. Porém, entende-se que seria muito mais eficaz se fosse investido mais na prevenção. (MESQUITA; HALPERN; BUCCARETCHI, 1993).

Neste sentido, Carmo (2000) ressalta que a formulação de programas educacionais sobre o uso de drogas, dirigidos à comunidade como um todo, é tão importante quanto a repressão ao tráfico de drogas e o tratamento dos dependentes químicos, pois o indivíduo mais propenso a usar drogas é aquele que não tem informações adequadas sobre os seus efeitos.

2.2.3 Formas de Tratamento

No início dos estudos sobre dependência química, o conceito etiológico possuía uma visão moralista, entendida como um desvio de caráter. Com a evolução dos estudos, passou-se a ter uma visão médica do problema, pela qual seria um distúrbio orgânico. As teorias médicas começaram a se deparar com diversas limitações, pois além da influência dos fatores fisiológicos, surgiram as influências de fatores psicológicos e culturais. (FORMIGONI; QUADROS, 2006).

Segundo Furtado (2000), a avaliação diagnóstica exige uma compreensão que ultrapassa os limites de uma abordagem estritamente médica, pois a dimensão do problema do uso de substâncias psicoativas exige abordagens diferenciadas e multidisciplinares.

A sociedade de um modo em geral tem sido muito lenta no reconhecimento da extensão dos problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, isto também se aplica aos profissionais de saúde e ao campo da saúde pública. (FURTADO, 2000).

A organização ainda incipiente e o preconceito existente na assistência de saúde aos pacientes dependentes químicos têm prejudicado o seu atendimento. Neste sentido, é fundamental um treinamento adequado de todos os profissionais de saúde, para permitir um diagnóstico adequado e superar as barreiras culturais. (FURTADO, 2000). Desta forma, fica claro a importância da capacitação dos profissionais de saúde, educação, assistência, enfim, dos profissionais com maior possibilidade de proporcionar o atendimento à população e intervir junto às famílias. (SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

O principal requisito para o tratamento de dependentes químicos é saber acolher, receber, estar aberto para a especificidade da vivência do paciente, pois muitas vezes eles são excluídos por não conseguirem se integrar à norma e estão à margem do sistema. É indispensável, na abordagem aos dependentes químicos, o enfoque sistêmico e abrangente, pois não é produtivo agir em um só vértice. O tratamento em ambulatório especializado permite a utilização de diversas modalidades terapêuticas, cada qual fazendo sua parte (OLIVEIRA; TEDESCO, 2006).

Em um projeto terapêutico é fundamental a avaliação inicial do paciente que procura tratamento para dependência. O diagnóstico deve ser amplo, abrangendo os aspectos psiquiátricos, clínicos, culturais e sociais. (LACKS; JULIÃO, 2006).

Segundo Scivoletto e Andrade (1993), as principais formas de tratar pessoas com dependência de substâncias psicoativas são: ambulatorial, internação e grupos, como será destacado a seguir.

2.2.3.1 Ambulatorial

Segundo Álcool e Drogas (2006), tratamento ambulatorial são as intervenções oferecidas quando os pacientes não permanecem na instituição no período noturno. No

tratamento ambulatorial, o paciente mantém suas atividades e faz visitas freqüentes a um ambulatório especializado para acompanhamento terapêutico. Desta forma, o paciente continua em seu ambiente e não interrompe as suas atividades.

Um dos modelos existentes de tratamento ambulatorial para dependentes/usuários de drogas no Brasil são os CAPs ad. Os CAPs ad oferecem atenção ambulatorial diária e desenvolvem atendimento individual e em grupos, tendo como objetivos:

- ✓ prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
- ✓ gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
- ✓ oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
- ✓ oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
- ✓ oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
- ✓ promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;
- ✓ trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
- ✓ trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo. (BRASIL, 2003, p. 42).

Finney e Cols (apud CRUZ, 2006) ressaltam as razões para a existência do tratamento ambulatorial: facilidade de avaliação dos antecedentes ambientais, cognitivos e emocionais dos episódios do uso da droga; permitir que os pacientes experimentem situações do dia-a-dia, enquanto recebem suporte para isso; mobilizar recursos de apoio do ambiente natural do paciente e, o custo do tratamento ambulatorial é muito menor do que a internação.

Segundo Cruz (2006), no caso da realidade brasileira atual, optar por um tratamento ambulatorial pode significar manter o paciente em contato com o tráfico. Diante disso, muitas vezes é necessário optar por um tratamento sob internação.

2.2.3.2 Internação

O tratamento sob internação é definido como as intervenções terapêuticas oferecidas em um local em que o paciente permaneça 24 horas por dia. Este tratamento é mais apropriado para usuários de substâncias psicoativas com complicações médicas graves, para aqueles que possuem risco de suicídio, com quadros psicóticos ou demenciados e aqueles para os quais o uso contínuo traz um risco significativo. (CRUZ, 2006).

Lacks e Pitta (2006) citam como os principais objetivos da internação: a desintoxicação, a reorientação do projeto terapêutico e, quando se torna necessário, o afastamento do paciente do meio em que vive, bem como, o tratamento das patologias que acompanham o quadro de dependência.

Cruz (2006, p. 116) indica algumas razões para internação:

- ✓ Oferecer um repouso que: afasta o paciente que perpetua o seu abuso de álcool e/ou; permite os esforços para consolidação da abstinência.
- ✓ Promover um ambiente que resulta em mais tratamento porque: é menos provável que os pacientes abandonem o tratamento; o tratamento é mais intenso e/ou; os pacientes são mais efetivamente ligados ao pós-tratamento.
- ✓ Promover o atendimento médico/psiquiátrico e/ou suporte emocional para pacientes que de outra forma não teriam acesso.
- ✓ Sugerir aos pacientes que seu problema é mais grave do que seu tratamento oferecido fosse ambulatorial.
- ✓ Tratamento dos quadros graves de intoxicação.
- ✓ Tratamento dos quadros graves de abstinência.
- ✓ Tratamento dos quadros graves de agudização de sintomas de comorbidades psiquiátricas (como sintomas psicóticos persistentes e depressão com risco de suicídio).
- ✓ Tratamento dos quadros graves de comorbidades clínicas (por exemplo, pancreatite aguda, insuficiência hepática).
- ✓ Risco grave de auto ou hetero-agressão.

Segundo Lacks e Quaglia (2006), o período de internação deve ser suficientemente curto e planejado caso a caso para evitar um maior comprometimento do trabalho de reintegração. Neste sentido, Cruz (2006) ressalta que o período de internação varia em torno de 15 dias, e justifica-se nos casos de intoxicação e abstinência.

A internação para dependentes químicos pode ocorrer em hospitais psiquiátricos, clínicas especializadas e hospitais gerais. Diante do exposto, pode-se entender a importância de locais adequados onde os pacientes, através da internação, possam realizar tratamento especializado e que esses espaços sejam disponibilizados pela rede pública.

2.2.3.3 Grupos

Segundo Bucher (1992), os grupos que trabalham com usuários de substâncias psicoativas discutem os problemas sobre o uso dessas substâncias na vida de cada indivíduo. Podem ser utilizados dramatizações, verbalizações, exercícios de sensibilização, confrontos e treinamentos em auto-ajuda.

Os grupos de mútua-ajuda se caracterizam por não contarem com um profissional de saúde para a sua condução, são compostos por ex-usuários de drogas, que expõem suas experiências, entre eles, destacam-se os Alcoólicos Anônimos⁸ (AA) e os Narcóticos Anônimos⁹ (NA). (SOLHA, 2000).

A utilização de grupos para a recuperação de dependentes químicos se dá desde 1935, quando criou-se o primeiro grupo de AA nos Estados Unidos. No Brasil, o AA teve início em 1948, na cidade do Rio de Janeiro.

O AA é uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças a fim de resolver seu problema em comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo. O único requisito para se tornar membro é o desejo de para de beber. (EDWARDS, 2005, p. 250).

O NA derivou do movimento de Alcoólicos Anônimos no final dos anos 40, com suas primeiras reuniões em meados dos anos 50. O primeiro grupo de NA no Brasil estabeleceu-se em 1985, no Rio de Janeiro. Existiam, porém, desde 1976, grupos com o mesmo propósito e que utilizavam a literatura dos NA em suas reuniões. O NA é uma associação comunitária de dependentes de drogas em recuperação. (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2006).

Fortes e Cardo (1991, p. 294) apresentam algumas vantagens do tratamento em grupo.

- ✓ A identificação recíproca entre os componentes do grupo é facilitada pelo fato de compartilharem experiências semelhantes.
- ✓ Ao não se sentir discriminado, o paciente pode falar mais livremente sobre seus problemas com o uso de álcool e outras drogas.
- ✓ Mesmo pacientes mais calados podem se beneficiar, pois o “seu problema” está sendo abordado no grupo, sem que ele precise desempenhar papel ativo.
- ✓ Pacientes mais antigos podem servir de modelo positivo para os iniciantes.

⁸ Segue no Anexo B a lista dos grupos AA nos municípios de São José e Florianópolis.

⁹ No Anexo C consta a relação dos grupos NA no Estado de Santa Catarina.

- ✓ A atitude normativa do grupo sobre seus componentes funciona ao menos em fases iniciais do tratamento, como forma de controle, ainda que extremo, sobre as condutas aditivas dos pacientes.

Verifica-se que há diferentes metodologias de tratamento, no entanto, enquanto não houver uma rede de atendimento que trate de todos os aspectos do dependente e de sua família, não será possível tratar o problema da droga. (ALBUQUERQUE; PEDRÃO, 2000). A seguir, será abordado o tema dependência química em mulheres.

2.3 Dependência Química em Mulheres

Antes de abordar este assunto, não se pode deixar de falar sobre a questão de gênero. Desde a década de 70, gênero tem sido o termo utilizado para teorizar a questão da diferença sexual e tem sua história ligada ao movimento feminista e à produção do conhecimento. (SOIHET, 1997).

Segundo Faria e Nobre (1997, p. 30), “o conceito gênero coloca claramente o ser mulher e ser homem como uma construção social, a partir do que é estabelecido como feminino e masculino e dos papéis sociais destinados a cada um.”

No Brasil, entre 1985 e 1990, o conceito gênero passou a ter um uso sistêmico nos estudos, para enfatizar a construção social e histórica produzida sobre as características biológicas de uma determinada pessoa. (LISBOA, 2005).

Faria (1997, p. 16) ressalta “que aprendemos a ser homens e mulheres e a aceitar como naturais as relações de poder entre os sexos.”

Neste sentido, Lisboa (2005, p. 28) enfatiza,

que a categoria gênero é também utilizada para demonstrar e sistematizar as desigualdades socioculturais existentes entre as mulheres e homens, que repercutem na esfera da vida pública e privada de ambos os sexos, impondo a eles papéis sociais diferenciados que foram construídos historicamente e criaram pólos de dominação e submissão. Impõe-se o poder masculino em detrimento dos direitos das mulheres, subordinando-as às necessidades pessoais e políticas dos homens, tornando-as quase sempre dependentes.

Desta forma, salienta-se a questão de gênero para entender como fatores históricos, demográficos, institucionais, culturais e socioeconômicos afetam as relações entre mulheres e homens em diferentes grupos, não sendo diferente quando a questão tratada é a dependência química.

Compreende-se que a dependência química feminina é uma questão atual e relevante, pois de acordo com Uchoa (2003), a droga atinge hoje, indistintamente, homens e mulheres de todos os níveis sociais, econômicos e culturais, independente da idade, do grupo étnico, do nível de instrução e de profissionalização, afetando todos os seus setores.

Zilberman (2002) explica que, ao longo da história, problemas relacionados ao consumo de drogas têm uma predominância maior em homens, no entanto, a partir da 2ª Guerra Mundial, com a mulher começando a ocupar cargos e papéis antes somente destinados aos homens, entre outras mudanças, observa-se que esta diferença vem diminuindo.

Muitas mulheres associam o uso de álcool a outras drogas, enquanto na década de 70 e 80 predominavam o uso de sedativos e tranqüilizantes, atualmente, as drogas ilícitas como maconha, cocaína e alucinógenos vem se destacando e ganhando espaço (EDWARDS et al. apud SILVA, 2005).

Devido a esta predominância, a maioria do que foi desenvolvido na descrição fenomenológica, psicopatológica e etiológica sobre o uso de drogas está relacionada ao sexo masculino. Apenas nos últimos tempos, houve uma preocupação em relação à mulher dependente química. (ROIG, AJZEMBERG; TISSOT, 2001).

Pode-se observar, conforme destaca Brasiliano e Hochgraf (2006), a escassez de estudos sobre mulheres usuárias de substâncias psicoativas, pois entre os estudos realizados sobre alcoolismo de 1970 a 1984, apenas 8% dos sujeitos estudados eram mulheres. Diante disso, a falta destes estudos está relacionada a vários fatores, dos quais destaca-se o estigma social.

2.3.1 Os papéis de homens e mulheres em relação ao uso de substâncias psicoativas

As diferenças aqui levantadas pelos autores não buscam vitimizar a mulher, mas sim discutir suas especificidades em torno da dependência química.

Mulheres dependentes químicas diferenciam-se dos homens em diversas características, em relação ao uso de drogas. Destacam-se fatores sociais, psicológicos e fisiológicos. (ZILBERMAN, 2002).

Brasiliano e Hochgraf (2006) ressaltam que há um preconceito social em relação a qualquer dependência de substância psicoativa, no entanto, em relação às mulheres isto se torna mais evidente, recebendo muitas vezes estereótipos de maior agressividade, tendência a promiscuidade e falhas no cumprimento do papel familiar.

As mulheres sofrem um maior estigma social em relação ao alcoolismo. No caso dos homens, o ato de beber é tido como símbolo de masculinidade. Na mulher, o alcoolismo é visto como vergonhoso e o julgamento é muito mais severo. Enquanto os homens bebem em bares com os amigos, as mulheres bebem demasiadamente em casa. (JORUSP, 2004).

No entanto, Hennecke e Fox (1991), destacam que, o ato de beber das mulheres aumentou devido a sociedade ter uma maior aceitação sobre mulheres bebendo em público. Porém, isto não se estendeu em relação às atitudes sociais de embriaguez das mulheres.

Aquino (1997) enfatiza que devido ao forte estigma social, a mulher usuária de alguma droga vê-se obrigada a consumi-la às escondidas, por medo de sofrer acusações e até perseguições legais. Isto implica na realização do tratamento, no aconselhamento médico e social entre outras ações enfatizadas pelo moralismo social.

Observa-se que esse preconceito mantém-se até os dias atuais, mesmo com todas as mudanças e evoluções nos papéis sociais de homens e mulheres. (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006).

As mulheres geralmente são apresentadas às drogas pelos seus parceiros sexuais, sendo eles responsáveis, também, pelo fornecimento das drogas e pelo seu padrão de consumo. (AQUINO, 1997).

Outra diferença que pode ser destacada é que as mulheres iniciam o uso de drogas a partir da ocorrência de eventos significativos, no entanto, os homens não apresentam um motivo em especial. Em relação à cocaína, as mulheres relacionam o uso à depressão, sentimentos de isolamento social, pressões profissionais e familiares e problemas de saúde. Já os homens citam como motivo os efeitos da intoxicação (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004).

Aquino (1997) destaca alguns fatores psicológicos que podem favorecer o consumo de drogas entre as mulheres: altos níveis de ansiedade e depressão, baixa auto-estima, a necessidade de aplacar um sentimento de culpa, ou ainda, a busca de alívio das dores de um passado marcado pela violência, incompreensão, abandono dos pais e perversidade. Já entre os homens, as motivações estão relacionadas a tendências anti-sociais.

Para Edwards (2005), as mulheres alcoolistas apresentam maiores índices de abusos sexuais na infância e maior probabilidade de terem sofrido violência física, entre outros

aspectos, como: uma mãe não presente, um parceiro alcoolista e a crença de que o álcool é um desinibidor sexual.

Entretanto, Hennecke e Fox (1991) levantam outros aspectos que influenciam o alcoolismo feminino, tais como: problemas conjugais ou de relacionamento interpessoal, um aborto espontâneo ou os filhos deixando o lar.

Pesquisas têm demonstrado que se encontra maior taxa de depressão e estresse psicológico em mulheres usuárias de substâncias psicoativas do que em homens. Além da depressão ser maior nas mulheres alcoolistas, é também o fator principal de aderência ao tratamento. Ainda, em relação ao alcoolismo, as mulheres têm mais tentativas de suicídio que os homens e que a população geral. (HOCHGRAF, 1993).

As mulheres são mais vulneráveis às drogas devido a sua natureza, pois em relação a absorção do álcool, apresentam uma maior concentração de álcool no sangue, mesmo fazendo uso das mesmas quantidades e qualidades de bebidas que os homens. Isto é devido a maior quantidade de água no corpo dos homens, o que pode levar as mulheres a ficarem quatro vezes mais embriagadas. (AQUINO, 1997).

Segundo Hennecke e Fox (1991), as mulheres alcoolistas são mais propensas a desenvolver doenças no fígado, se comparadas aos homens, mesmo que a quantidade de álcool consumida e o tempo de uso sejam menor. Os autores ressaltam, no entanto, que a fase pré-menstrual parece ser uma época suscetível para efeitos de alto nível da droga.

É importante salientar a relação da ingestão do álcool com o ciclo menstrual, pois durante este período as mulheres possuem mais necessidade de ingerir bebida alcoólica para o alívio de tensão ou depressão e mais comportamentos de ingestão solitária. (AQUINO, 1997).

Zilberman (2002) enfatiza que as mulheres que fazem uso de álcool apresentam taxas mais elevadas de problemas no fígado que os homens, e que os hormônios femininos contribuem para piorar o dano no fígado. Outras doenças avançam mais rápidas em mulheres alcoolistas, como: pressão alta, anemia, desnutrição, hemorragias, úlceras gastrointestinais, problemas cardíacos e cognitivos.

Há evidências de que drogas como a cocaína, a maconha, tranqüilizantes e estimulantes tenham efeitos mais prejudiciais em mulheres. (ZILBERMAN, 2002).

Segundo Zilberman (1998), a cocaína tem diferentes efeitos sobre homens e mulheres as mulheres são menos suscetíveis à droga. Após o uso, enfrentaram um menor aumento na frequência cardíaca e pressão arterial, além de apresentarem menor dosagem sanguínea com doses equivalentes.

Em relação ao consumo de drogas, os homens aparecem mais ligados às ilícitas, já nas mulheres predominam as drogas lícitas, destacando-se os tranqüilizantes. No organismo feminino, essa substância encontra condições propícias para manter-se em atividade durante mais tempo do que no organismo masculino. (AQUINO, 1997).

Diante do exposto, Aquino (1997) salienta o fato das mulheres esconderem que fazem uso de drogas. Deste modo, um bom recurso para se chegar ao diagnóstico precoce é explorar, na sua anamnese, fatores que possam estabelecer um diagnóstico correto da situação, para encaminhá-las a um tratamento adequado.

2.3.2 Tratamento para Mulheres Dependentes Químicas

Embora nos últimos anos tenha crescido o número de mulheres procurando tratamento, o receio da estigmatização e da reprovação social pode impedi-las de buscar tratamento. (EDWARDS, 2005).

O fato das mulheres dependentes químicas procurarem serviços médicos não especializados e com queixas vagas sobre sua saúde, além do seu próprio preconceito e do médico, dificultam o diagnóstico, encaminhamento e tratamento adequados. (HOCHGRAF, 1993).

Edwards (2005) salienta que as mulheres não procuram prontamente os serviços especializados, tendendo a buscar serviços generalistas. Assim, é necessário que trabalhadores da atenção primária estejam cientes das necessidades especiais das mulheres dependentes químicas e ajudem a fazer uma ponte entre os serviços generalistas e os especializados.

Segundo Zilberman (2002), a maioria dos tratamentos para dependência química foi desenvolvido para os homens e, posteriormente, adaptados para as mulheres, no entanto, o autor explica que as mulheres têm necessidades especiais. Este autor, sendo assim, aponta alguns aspectos fundamentais para o tratamento de mulheres dependentes químicas, tais como:

- ✓ Mulheres dependentes químicas sofrem intenso estigma social, que decorre muitas vezes da noção incorreta de que elas sejam mais promíscuas e sexualmente disponíveis.
- ✓ As mulheres ainda enfrentam outras barreiras na busca do tratamento, tais como, não ter com quem deixar o filho e medo de perder a guarda deles.

- ✓ Alta prevalência de transtornos psiquiátricos em mulheres dependentes químicas exige cuidadosa avaliação psiquiátrica.
- ✓ Uma vez que tentativas de suicídio são especialmente comuns entre as mulheres dependentes químicas, particular atenção deve ser dada a esse aspecto, no momento da avaliação inicial.
- ✓ Mulheres dependentes químicas têm comportamentos sexuais de risco, sendo necessário uma completa revisão do estado físico com atenção para os fatores de risco, como HIV.
- ✓ Muitas mulheres utilizam o abuso de álcool e drogas como forma de controle de peso, desta forma o profissional deve investigar a existência de transtornos alimentares.
- ✓ O abuso de álcool/drogas entre mulheres sofre maior influência dos companheiros e da família, do que entre os homens, por isso é importante perguntar sobre problemas de álcool/drogas na família da paciente.
- ✓ O abuso físico e sexual também deve ser considerado. Diante disso, inicialmente, deve-se procurar um local seguro para, em seguida, prosseguir no tratamento.
- ✓ Outro passo importante é encorajar a participação da família no tratamento e, se necessário, indicar a terapia familiar.
- ✓ A gestação é um momento importante, pois neste período as mulheres encontram-se mais motivadas para o tratamento.
- ✓ Muitas mulheres acham mais fácil falar sobre problemas sexuais e outros quando não há homens no grupo e o abandono ao tratamento parece ser menor em grupos só de mulheres.

As mulheres enfrentam várias barreiras sociais para buscarem o tratamento, tais como: vergonha e culpa por seu comportamento adicto; temor em procurar ajuda e, com isso, perder a guarda de seus filhos; falta de apoio do companheiro; temor em perder a sua única fonte de alívio; carência de recursos financeiros e falta de preparação vocacional para buscar alternativas de vida após o tratamento. (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006).

No entanto, Aquino (1997) ressalta que o tratamento de mulheres com dependência de drogas exige muita sensibilidade para uma série de necessidades, sendo elas:

- ✓ Deve-se dar especial atenção a história de abuso físico e sexual na infância.

- ✓ O diagnóstico psiquiátrico e o de clínica médica são fundamentais para o sucesso do tratamento.
- ✓ A avaliação e tratamento aos membros da família, principalmente do marido e das crianças.
- ✓ Educação sobre álcool e outras drogas, incluindo o efeito destas no período de gestação.
- ✓ Educação dos pais na relação com a filha alcoólica ou drogadicta.
- ✓ Garantir creches ou espaços na instituição para os filhos das pacientes.
- ✓ Terapias de casal e de família, quando indicadas.
- ✓ Levar em consideração a baixa auto-estima das mulheres dependentes químicas.
- ✓ Evitar que o tratamento produza novas dependências.

As mulheres, quando procuram ajuda, estão em busca de algo que trate não só a questão da dependência química, mas principalmente os aspectos emocionais e da vida como um todo. (JORUSP, 2004).

Neste sentido, Aquino (1997) enfatiza que para o tratamento da dependência química feminina não basta apenas um espaço dentro de uma instituição, é necessário prepará-la para um atendimento que atenda as necessidades da mulher.

Brasiliano e Hochgraf (2006) ressaltam que as mulheres dependentes químicas devem ser atendidas em programas especializados e que respondam de forma direta as várias dimensões de sua problemática. Sendo assim, é necessário que a abordagem não seja focada somente para a dependência, mas sim que esteja centrada na complexidade da vida da mulher.

Diante do exposto, entende-se que é necessário implementar-se, na rede pública de saúde, serviços especializados para mulheres usuárias de substâncias psicoativas, que possam desenvolver e implementar estratégias integradas, que sejam específicas e respondam as necessidades do gênero.

3 MULHERES USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS INTERNADAS NA UNIDADE SONIR MALARA – A PESQUISA

Neste capítulo descreve-se o caminho percorrido durante o período de estágio curricular, realizado com mulheres internadas no Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, na Unidade Sonir Malara, com diagnóstico de dependência química, bem como, a caracterização da instituição e da unidade, além de descrever a intervenção do Serviço Social. Por fim, serão apresentadas a análise e interpretação da pesquisa.

3.1 Caracterização da Instituição

O Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPq-SC), antigo Hospital Colônia Sant'Ana, foi inaugurado em 10 de dezembro de 1941, com o objetivo de oferecer atendimento a portadores de distúrbios mentais.

Sua capacidade inicial era de 300 leitos, porém, houve um aumento gradativo do número de leitos para atender esta demanda. Em 1952, o Hospital contava com 800 leitos, no entanto, o corpo médico era insuficiente, havia somente 2 Psiquiatras, 1 Tisiologista, 1 Clínico e 1 Cirurgião, não havendo técnicos de outras áreas ligadas à saúde mental.

No início da década de 70, a situação do Hospital apresentava-se de forma caótica, com precárias condições físicas, deficiências técnicas e sanitárias e com uma superlotação atingindo um número de 2.040 pacientes para 1.070 leitos.

Diante de tal contexto, em 1971, o Hospital foi incorporado à Fundação Hospitalar de Santa Catarina, através do Decreto-Lei SES-09. Passou, então, por uma reestruturação total, houve a recuperação da planta física, melhorias nas atividades técnicas e administrativas e a contratação de 159 funcionários (Médicos, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Dentistas, Psicólogos, etc).

Após a reestruturação, em 1974, o Hospital possuía 1.123 leitos e uma média de 1.089 pacientes internados. Neste período, o Serviço Social realizava um trabalho de reaproximação do paciente com sua família, chegando a realizar viagens ao interior do Estado, a fim de tentar resgatar o vínculo familiar, bem como, preparar os familiares para a efetivação da alta dos pacientes.

Em 1977, os pacientes foram setorizados por Centros Administrativos e Regionais de Saúde (CARS) visando reaproximar pessoas da mesma região geográfica e com hábitos culturais semelhantes e o intercâmbio de informações do Hospital com as unidades sanitárias. Em 1980, o Hospital dispunha de 1.000 leitos e uma média de 850 pacientes internados.

Em 1995, o Hospital passou por profundas transformações, tanto estruturais como de atendimento, procurando adequar-se às orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a reforma psiquiátrica que estava repercutindo em vários países, inclusive no Brasil. As orientações da OMS apontavam para a mudança do eixo central do atendimento dos portadores de transtornos mentais, para assistência comunitária. Assim, o Hospital deixa de ser o único local de atendimento aos portadores de transtornos mentais, para fazer parte de uma rede de assistência à saúde, com base nos serviços municipais, próximos à comunidade. As mudanças foram tão significativas que o Hospital se transformou no Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, passando a ter como missão:

Promover a saúde, com assistência e informação de qualidade, ser um centro de pesquisa, ensino e educação continuada, voltado para a melhor qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais, de suas famílias e da sociedade.

Atualmente, o IPq-SC divide-se em dois grandes centros:

- ✓ Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (Unidade de Internação Psiquiátrica): é uma unidade de curta permanência, onde se busca a recuperação do paciente no menor período de internação possível. É realizado um trabalho junto à família visando desmistificar a doença para auxiliar no tratamento do paciente após a alta. O paciente, ao receber alta, é encaminhado para os recursos ambulatoriais existentes em sua cidade. A responsabilidade para a continuidade do tratamento passa para as Secretarias Municipais de Saúde. Este centro está dividido em cinco enfermarias: Unidade de Dependência Química Masculina (UDQ), 5ª Enfermaria Feminina, 1ª Enfermaria Masculina, 2ª Enfermaria Masculina e a Unidade Clínica Médica, somando um total de 147 leitos e uma média de 148 pacientes internados.
- ✓ Centro de Convivência Sant'Ana (CSS): onde se encontram internados os pacientes portadores de transtornos mentais crônicos, que possuam vínculo familiar prejudicado ou inexistente. Este centro está dividido em duas Pensões (uma masculina e uma feminina), uma Unidade de Gestão Participativa Feminina (UGP), uma

Unidade Masculina (Ana Tereza), uma Unidade Masculina de Idosos (UI), três Enfermarias Femininas, denominadas de 1^a, 2^a e 3^a Enfermaria e três Enfermarias Masculinas, denominadas 3^a, 7^a e 8^a Enfermaria.

O corpo de funcionários e profissionais existentes no IPq-SC, atualmente, é composto por 588 funcionários, conforme indica a tabela 2:

Tabela 2: Funcionários IPq - SC

Profissão	Quantidade
Médicos	27
Enfermeiros	14
Técnicos Atividades de Saúde	27
Agente de Atividades de Saúde II	161
Assistentes Sociais	06
Terapeutas Ocupacionais	05
Pedagogas	03
Psicólogos	04
Fisioterapeutas	01
Professor de Educação Física	02
Nutricionista	01
Administrador	01
Farmacêutico	01
Técnico Atividade Administrativa	36
Técnico RX	01
Artífice II – Cozinheiro	11
Artífice II – Padeiro	03
Artífice II – Telefonista	07
Artífice II – Costureira	05
Artífice II – Diversos	30
Agente de Atividades Administrativo	01
Agente de Serviços Gerais	189
Motorista	08
Técnico de Análise Administrativo II	02
Terceirizados	25
Contratados	16
Cargo Comissionado	01
TOTAL	588

Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do IPQ

3.1.1 Unidade Sonir Malara

A 5ª Enfermaria Feminina, também denominada de Unidade Sonir Malara (USM), do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, é uma unidade de internação psiquiátrica feminina, com capacidade para atender 40 pacientes.

Segundo pesquisa realizada por Silva (2001), as pacientes caracterizam-se por serem mulheres numa faixa etária de 14 a 78 anos, com nível de instrução primária incompleto, exercendo atividades de sub-emprego, com uma situação econômica deficitária, sendo a maioria procedente da Grande Florianópolis, seguido do Alto Vale do Itajaí. O período de internação da grande maioria é de, no máximo, 30 dias.

Quanto ao espaço físico, a unidade possui 40 leitos divididos em quatro quartos, um posto de enfermagem, um refeitório, uma sala de atividades, dois consultórios médicos e o pátio externo.

A unidade possui uma equipe formada por quatro Médicos, dois Enfermeiros, uma Assistente Social, um Terapeuta Ocupacional, um Psicólogo, um Professor de Educação Física, cinco Técnicos de Enfermagem, onze Auxiliares de Enfermagem e dois Auxiliares de Serviços Gerais.

São internadas nesta unidade mulheres portadoras de transtornos mentais, com diferentes diagnósticos. A tabela, a seguir, apresenta as quatro principais doenças com sua distribuição por diagnóstico sintômico e sexo das internações e reinternações (cid 10) no IPq-SC, no período de janeiro a dezembro de 2005.

Tabela 3: Principais doenças com sua distribuição por diagnóstico sintômico e sexo das internações e reinternações.

	INTER		REINTER		TOTAIS			%
	M	F	M	F	M	F	T	
(F00-F09) Transtornos mentais orgânicos, incluindo Sintomáticos.	12	05	14	08	26	13	39	1,57
(F10-F19) Transtornos mentais e de comportamento decorrente do uso de substâncias Psicoativas	495	19	544	12	1039	31	1075	43,18
(F20-F29) Esquizofrenia, Transtornos Esquizofrênicos e	171	90	434	142	605	232	837	33,78

Delirantes								
(F30-F39) Transtorno do Humor (Afetivos)	81	119	121	164	202	283	485	19,57

Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do IPQ

Observa-se maior incidência nas internações do sexo feminino, com diagnóstico de transtorno de humor (afetivo). Segundo Ballone (2005a), “transtornos de humor são transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação.” (2005a).

Em seguida, constata-se o diagnóstico de esquizofrenia. Segundo Ballone (2005b),

os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. (2005b).

A seguir, observa-se transtornos mentais e de comportamento decorrente do uso de substâncias psicoativas. Salienta-se que não há tratamento especializado para dependência química feminina, como se observa na figura 2, esta unidade não possui programas de atendimento destinados a pacientes dependentes químicas, pois não há grupos que abordem a temática e que atendam às especificidades das mulheres usuárias de substâncias psicoativas.

No entanto, observa-se na tabela 6, que predomina no sexo masculino as internações devidas aos transtornos mentais e de comportamento decorrente do uso de substâncias psicoativas, isto se deve ao fato de haver no Instituto uma unidade masculina para dependentes químicos.

Ao chegarem no hospital, as pacientes são encaminhadas ao médico de plantão, são avaliadas e, se forem diagnosticadas com indicação para internação, são encaminhadas para a 5ª Enfermaria Feminina e passam pelos procedimentos administrativos, terapêuticos e de reabilitação.

A figura 2, a seguir, descreve todas as etapas de atendimento das pacientes que internam na Unidade Sonir Malara.

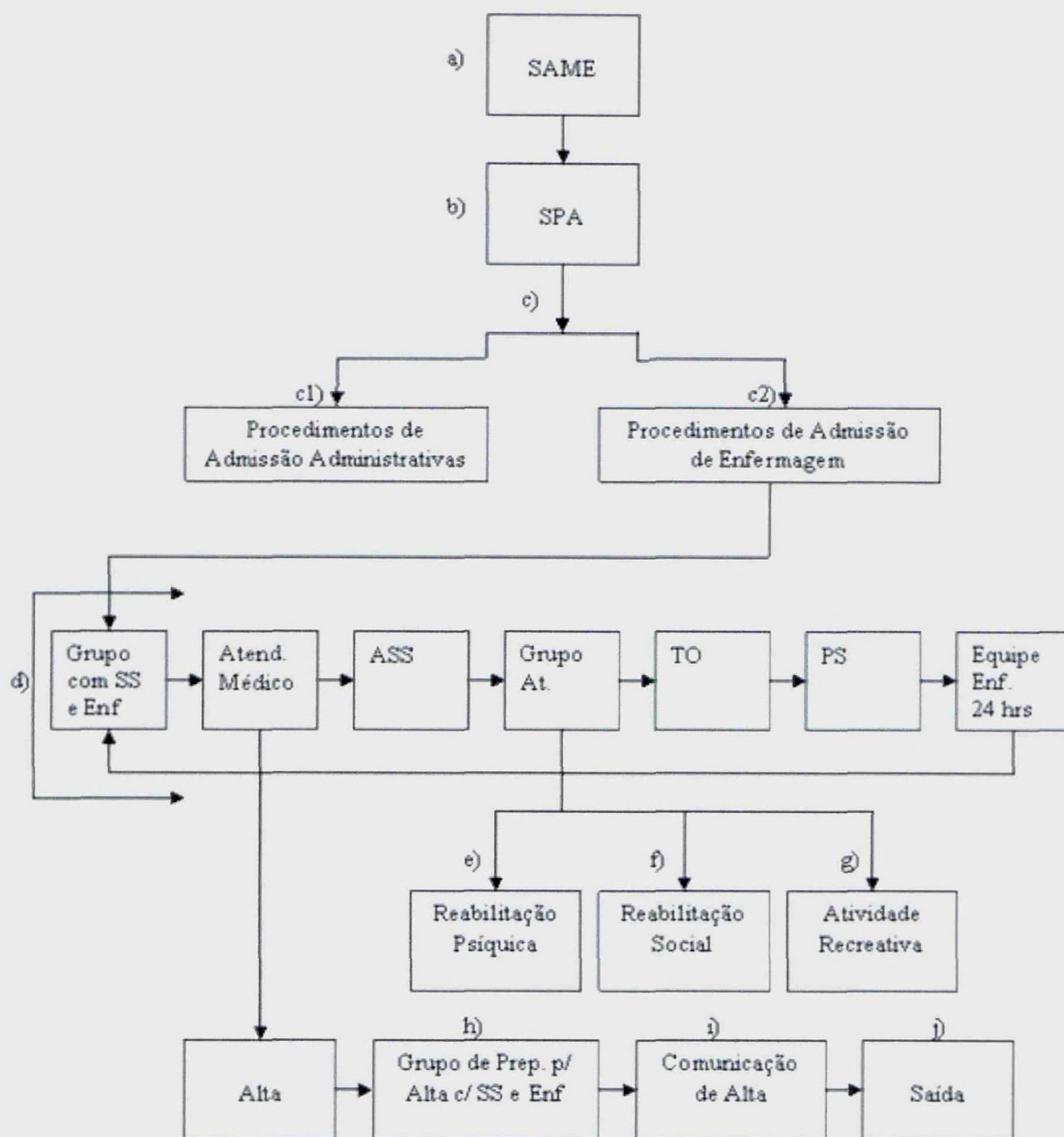


Figura 2: Processo de atendimento na USM

- a) Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME): Responsável pelo registro, guarda, arquivamento e controle dos prontuários dos pacientes atendidos em todo o Hospital.
- b) Serviço de Pronto Atendimento: É a unidade onde se constata a necessidade de tratamento em regime de internação e se faz os primeiros procedimentos para o paciente, familiar ou acompanhante. Neste serviço atuam o Médico plantonista, o Assistente Social e o Enfermeiro de plantão.

- c) Procedimento de Admissão: Podem ser divididos em duas abordagens específicas, embora ocorram ao mesmo tempo.
- c1) Procedimentos Administrativos: Constituem-se em procedimentos realizados pelo Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, realizados com o intuito de verificar e registrar os pertences do paciente, bem como, de apresentar os espaços e incluí-lo na rotina de funcionamento da enfermaria.
 - c2) Procedimentos de Cuidados da Enfermagem: São os procedimentos realizados no sentido de iniciar propriamente o tratamento, com a administração de medicamentos e observação de doenças concomitantes: lesões, infestações, afecções não definidas que necessitem intervenção ou cuidado.
- d) Rotinas de Atendimento: consiste em um processo cíclico de atendimentos que se repetem e vão proporcionando a recuperação do paciente, tais atendimentos podem ser grupais ou individuais. Primeiramente, temos o grupo de admissão com o Serviço Social e a Enfermagem; o atendimento médico psiquiátrico e clínico; a assembléia realizada com todas as pacientes, em que se discute as questões referentes à unidade; grupo de atividades, onde as pacientes podem se inscrever nas atividades existentes na unidade; grupo com terapeuta ocupacional; grupo com o psicólogo; e, equipe de enfermagem, que realiza seu atendimento durante todo o tempo de permanência das pacientes, tendo por responsabilidade orientar, encaminhar e estimular a paciente nas atividades descritas no programa, bem como, realiza todos os procedimentos necessários para a manutenção da integridade física da paciente. A sequência de atendimento não é necessariamente a do ciclo indicada na figura, pois depende do ingresso da paciente no ciclo.
- e) Atividade de Reabilitação Psíquica: É um conjunto de atividades, descritas no projeto terapêutico, que visa reabilitar as capacidades psíquicas do paciente por meio do desenvolvimento de atividades controladas que o leva a fazer crítica dos sintomas psicóticos, tomar consciência da enfermidade e reforçar condutas saudáveis. Esta atividade, assim como as duas próximas a serem mencionadas, não faz parte do ciclo de atendimento, são indicadas a partir dele, mais especificamente no Grupo de Atividade dependendo da evolução clínica do

- paciente, de suas necessidades e da ausência de déficits incapacitantes. Entre elas: grupo de bioenergética, cozinha terapêutica e horta.
- f) **Reabilitação Social:** Tem sistemática semelhante ao item anterior, no entanto, o objetivo é capacitar o paciente para o convívio social. Assim têm-se: o bingo, as festas de época e a missa.
 - g) **Atividade Recreativa:** Destina-se a tornar o processo terapêutico agradável e evitar a ociosidade. Serve, também, para reforçar os ganhos alcançados nos itens anteriores. Destacam-se as seguintes atividades: passeios, caminhadas e danças folclóricas.
 - h) **Grupo de Preparação para a Alta:** Realizado pelo Serviço Social e a Enfermagem, acontece após a alta que é formalizada no atendimento médico, destina-se a realização de procedimentos de orientação sobre a necessidade de dar continuidade do tratamento a nível ambulatorial.
 - i) **Comunicação de Alta:** Realizada pelo Serviço Social, que comunica a alta aos familiares, orienta-os sobre a necessidade de continuar o tratamento e os encaminha para o tratamento ambulatorial mais próximo de sua residência.
 - j) **Saída:** É o procedimento administrativo, feito pelo Serviço Social, auxiliado pelos Técnicos e Atendentes de Enfermagem quando o responsável vem buscar o paciente, constitui-se por orientação e fornecimento de medicamentos a serem usados até o primeiro atendimento ambulatorial após a saída.

Atividades estas destinadas a todas as pacientes internadas na USM, independente do transtorno mental. A seguir, será descrita a atuação do Serviço Social na referida unidade.

3.1.2 O Serviço Social e sua intervenção no IPq-SC

A equipe de Serviço Social no IPq-SC se insere junto às equipes de saúde, atuando como profissionais capacitados nas questões sociais, tendo como objetivo intervir e trabalhar junto ao paciente e familiares a conscientização e aceitação da doença frente ao processo de recuperação, durante o período de internação.

Segundo Gerber (2005), o Assistente Social foi reconhecido como profissional da saúde, através da Resolução nº 218/97, reconhecimento este um tanto quanto tardio. Enquanto

profissional de saúde, atribui-se ao Assistente Social a intervenção junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços que envolvam a proteção e/ou recuperação da saúde.

Nogueira (2005, p. 7) ressalta que as ações profissionais¹⁰ dos Assistentes Sociais no campo da saúde “se voltam para duas frentes no controle social, ampliando e favorecendo a organização política dos usuários do Sistema Único de Saúde e favorecendo a universalização dos serviços de saúde.”

De acordo com Gonçalves (1983), o Serviço Social no campo da saúde é o elo entre o paciente e sua família e entre o hospital e a comunidade da qual faz parte, devendo conhecer as tensões que influem nas vidas envolvidas.

Neste sentido, o Serviço Social no IPq-SC se insere nas equipes das Unidades de Internação Psiquiátrica (UIP) procurando trabalhar com intervenção direta nos pacientes e familiares, como também na comunidade na qual estes são inseridos. Busca desenvolver atividades que são fundamentais no processo do tratamento, objetivando o conhecimento do paciente e de sua situação sociofamiliar.

Desta forma, possibilita o acompanhamento de sua evolução, fornecendo subsídios para o atendimento aos familiares e fornecendo, também, à equipe dados da realidade social, contribuindo com a elaboração do diagnóstico e tratamento.

O projeto de intervenção profissional do Serviço Social nesta Instituição descreve como principais atribuições do Assistente Social:

- ✓ coordenação da reunião semanal com familiares, a fim de orientá-los quanto ao processo de recuperação da doença;
- ✓ atendimento individual aos familiares, objetivando conhecer a história social do paciente e intervir visando fortalecer a rede familiar fragilizada pelo processo de adoecimento;
- ✓ participação com demais profissionais da equipe de reunião semanal;
- ✓ realização de grupo de admissão;
- ✓ realização de grupo de alta;

¹⁰ Ação profissional é o conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizada por sujeitos/profissionais de forma responsável e consciente. Contém tanto uma dimensão operativa quanto uma dimensão ética, e expressa no momento em que se realiza o processo de apropriação que os profissionais fazem dos sujeitos teórico-metodológicos e ético-político da profissão em um determinado momento histórico. (MIOTO, 2001 apud GERBER, 2005, p. 28).

- ✓ providências diversas (telefonemas, correspondências, encaminhamentos, recursos concretos através de passagens, etc).

Além do citado, os profissionais de Serviço Social participam do serviço de plantão do IPq-SC. É uma intervenção de triagem que se configura em pronto atendimento a todas as pessoas que procuram o Instituto, no qual se realizam entrevistas com familiares e/ou responsáveis pelos pacientes recém internados, com o intuito de obter informações acerca da situação biopsicossocial, prestando orientações referentes às normas, rotinas e tratamento hospitalar.

Não se pode deixar de relacionar a ação profissional do Serviço Social nesta Instituição com os eixos de intervenção explicitados por Mioto apud Lima (2004). Neste sentido, as ações do Serviço Social são norteadas pelo eixo sócio-assistencial. Segundo Mioto apud Lima (2004), neste processo, a intervenção é direta com os usuários, especialmente com famílias e segmentos sociais vulneráveis. Integram este processo quatro categorias de ações:

- ✓ As ações periciais são definidas como ações que têm por objetivo elaborar parecer social que, por sua vez, subsidiará a decisão de outrem (juízes, por exemplo). (MIOTO apud LIMA, 2004). Neste sentido, observa-se os relatórios sociais desenvolvidos pelos Assistentes Sociais para a instrução de processos de curatela e de benefícios de prestação continuada (BPC).
- ✓ As ações sócio-emergenciais são aquelas desenvolvidas para atender às demandas que se revestem por um caráter de emergências que estão, por sua vez, relacionadas às necessidades básicas e de urgência das famílias. (MIOTO apud LIMA, 2004). Sendo assim, os Assistentes Sociais fazem encaminhamentos visando atendimento emergencial como a entrega de passe de ônibus em situação de alta, roupas e medicamentos, além de telefonemas e encaminhamentos diversos, em que busca-se o melhor atendimento ao paciente.
- ✓ Ações sócio-terapêuticas são aquelas ações desenvolvidas diante de situações de sofrimento individual e/ou grupal. (MIOTO apud LIMA, 2004). Ocorrem no âmbito da relação profissional-usuário-familiar, em situações de conflito e sofrimento emocional que interferem no processo de saúde-doença. Os Assistentes Sociais no IPq-SC desenvolvem um programa de atendimento familiar juntamente com os profissionais de Psicologia e de Enfermagem. Após os técnicos exporem seus conhecimentos, é realizado um atendimento individual aos familiares pelos Assistentes Sociais e, se necessário, o paciente é incluído neste atendimento, para se trabalhar questões pertinentes ao seu processo de adoecimento.

- ✓ Ações sócio-educativas consistem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que, através da informação e do diálogo, buscam alternativas e resolutividade para a demanda do usuário. (MIOTO apud LIMA, 2004). As ações sócio-educativas realizadas pelos Assistentes Sociais nesta instituição são vinculadas ao esclarecimento das rotinas hospitalares, acerca do tratamento, questões trabalhistas e previdenciárias. Isso ocorre nos atendimentos na triagem, no acolhimento aos pacientes recém-internados no grupo de admissão, no grupo de alta, nos esclarecimentos e nos atendimentos aos familiares no programa de família.

O Serviço Social nesta Instituição tem sua prática profissional voltada para a emancipação dos portadores de transtornos mentais, através da orientação e de encaminhamentos busca possibilitar ao portador de transtorno mental o acesso aos seus direitos sociais, tais como: assistência social, saúde, previdência, convivência social e familiar, entre outros. Neste sentido, Iamamoto (2002, p. 113) ressalta que o projeto profissional do serviço social “é comprometido com a defesa dos direitos sociais, da cidadania, da esfera pública no horizonte da ampliação progressiva da democratização da política e da economia na sociedade.”

Segundo Melman (2001, p.15),

nossa sociedade não está preparada para o desafio de acolher e cuidar das pessoas que adoecem mentalmente [...] o universo desses familiares de pacientes com transtorno mental severo reflete uma realidade de preconceito e exclusão.

Desta forma, um dos grandes desafios dos profissionais de Serviço Social, que tem sua ação voltada à saúde mental, é a eliminação das formas de exclusão social e de estigmas em relação aos portadores de transtornos mentais. Em respeito a um dos princípios fundamentais do Código de Ética da profissão, o “empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças.”

Salienta-se que os profissionais de Serviço Social desta Instituição procuram incentivar a prática interdisciplinar, de acordo com o Código de Ética do Assistente Social, artigo 10º inciso d, “incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar.” De acordo com Vasconcelos et al. (2002, p. 47), “a interdisciplinaridade, por sua vez é entendida como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento múltiplo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados.” Vale ressaltar “que o

Assistente Social, não realiza seu trabalho isoladamente, mas como parte de um trabalho combinado ou de trabalhador coletivo que forma uma grande equipe de trabalho.” (IAMAMOTO, 1998, p.63).

Em um Serviço Social crítico e compromissado com as classes populares, a dimensão institucional deve ser analisada constantemente, para que haja luta histórica, mudança ou transformação social. (VASCONCELOS et al., 2002). Desta forma, Iamamoto (1998, p. 262) destaca que

a pesquisa de situações concretas, que são objetos de trabalho do Assistente Social, é o caminho necessário para a compreensão dos fenômenos sociais particulares com os quais o Assistente Social lida no seu cotidiano, alimentando a elaboração de propostas de trabalho fincadas na realidade e capazes de acionar as possibilidades de mudança nela existentes.

Neste sentido, pode-se destacar a importância de se realizarem pesquisas no campo de atuação do Serviço Social, por trazerem componentes de avaliação, de sistematização e de propagação das novas experiências. A presença dos acadêmicos no campo de estágio significa um elemento de “sangue novo” e de crítica constante do serviço, desta forma as pesquisas realizadas contribuem para renovação das informações sobre a realidade do campo de atuação do Assistente Social. (VASCONCELOS et al., 2002).

Diante do exposto, no item subsequente será descrita a experiência de estágio que possibilitou a realização da pesquisa.

3.2 A construção de um processo de pesquisa a partir da experiência de estágio

O caminho que se percorreu para desenvolver esta pesquisa iniciou-se no estágio curricular do Curso de Serviço Social da UFSC, pelo período compreendido entre a 5ª e a 8ª fase. A 5ª e a 6ª fase foram realizadas na Unidade de Dependência Química Masculina (UDQ). No início, eram realizadas leituras do referencial teórico sobre doença mental, bem como observação e atuação nas ações de intervenção do Serviço Social nesta unidade, além da participação no processo de triagem dos pacientes.

Durante estas ações, observou-se a procura por tratamento para a dependência química feminina. O fato que chamou a atenção foi que as mulheres com transtornos mentais

decorrentes do uso de substâncias psicoativas eram internadas na Unidade de Internação Psiquiátrica Feminina (USM), junto às pacientes com diferentes transtornos mentais. Neste momento, iniciaram-se os questionamentos: por que há uma unidade para homens dependentes químicos e não há para as mulheres? Existe demanda? O tratamento oferecido pela USM atende às necessidades das mulheres dependentes químicas?

Desta forma, iniciou-se o estágio curricular obrigatório na USM, pois não havia resposta aos questionamentos, que intrigavam cada vez mais. Participou-se de todas as intervenções do Serviço Social na USM, como: grupo de admissão, assembléia, programa de família, grupo de alta, além da triagem.

Ao atuar diretamente com as mulheres internadas nesta unidade, observou-se que a maioria das mulheres dependentes químicas não entendia seu processo de doença, mesmo as que já haviam sido internadas anteriormente e que o período de permanência destas na instituição é curto.

Diante disso, surgiu o interesse em realizar uma pesquisa sobre este tema, com o objetivo central de realizar um estudo que descrevesse o perfil das mulheres internadas na Unidade Sonir Malara com diagnóstico de dependência química.

3.2.1 Trajetória Metodológica

“A pesquisa é a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade, é a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente a realidade do mundo” (MINAYO et al., 2003, p. 17).

Para desenvolver esta pesquisa, realizou-se uma pesquisa documental, com estudos descritivos e método quanti-qualitativo, sendo o foco da mesma mulheres internadas no Instituto de Psiquiatria, na Unidade Sonir Malara, de janeiro a dezembro de 2005, com diagnóstico de dependência química.

Segundo Marconi e Lakatos (1991, p.174),

a característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno pesquisado ocorre, ou depois.

Optou-se por realizar uma pesquisa documental, pois as mulheres internadas na Unidade Sonir Malara com diagnósticos de dependência química permanecem poucos dias internadas, desta forma não seria possível realizar entrevistas com elas, sendo este um dos motivos limitantes da pesquisa.

Utilizou-se, também, o método de pesquisa quanti-qualitativo, pois muitas informações foram retiradas dos prontuários das mulheres internadas, no entanto, também foram utilizadas informações coletadas através da observação na participação dos grupos. O método quantitativo representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão de resultados, evitar distorções de análise e interpretação. Método este que é frequentemente aplicado nos estudos descritivos, que têm por objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (RICHADSON, 1989; GIL, 1999). Já, “a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, ela se preocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado” (MINAYO et al., 1994, p. 21).

Segundo Goode e Hatt apud Richardson (1989), a pesquisa moderna deve rejeitar como uma falsa dicotomia a separação entre estudos quantitativos e qualitativos, pois não importa quão precisas sejam as medidas, o que é medido continua a ser uma qualidade.

Para a realização da pesquisa proposta foram utilizados os seguintes instrumentos técnico-operativos: análise de prontuários e análise de teoria. O prontuário constitui-se em um importante instrumento dessa investigação, pois foi através dele que se levantaram os dados necessários para este estudo. Salienta-se que em todas as etapas da pesquisa foi preservado o anonimato das mulheres envolvidas. Todas as etapas desenvolvidas no processo metodológico serão descritas na próxima seção.

3.2.2 Etapas da Pesquisa

Inicialmente, para a realização da pesquisa, foi encaminhado para o Comitê de Ética da Instituição¹¹ uma proposta de intervenção, em que estavam descritos os objetivos e a metodologia da pesquisa. Após sua aprovação, conforme Anexo D, deu-se início à pesquisa.

Solicitou-se, no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), os prontuários das mulheres internadas de janeiro a dezembro de 2005, na USM, com diagnóstico de dependência química. Depois, com os prontuários em mãos, deu-se início às leituras, em seguida registrou-se as informações obtidas.

Nos prontuários foram coletadas informações referentes à procedência, faixa etária, grau de escolaridade, profissão, droga utilizada, tempo de uso, se já realizou tratamento anterior, tempo de internação na USM e o tipo de alta (hospitalar, pedida ou fuga) desta demanda. Essas informações foram retiradas de todo o prontuário e não apenas dos registros¹² do Serviço Social.

Após a manipulação dos dados, obteve-se as informações necessárias, dando início assim a sua análise e interpretação.

Esta análise tem por objetivo apresentar o número de mulheres internadas na USM, com diagnóstico de dependência química e descrever o perfil dessa demanda.

3.2.3 Análise e Interpretação dos Dados

Conforme os dados obtidos no SAME, foram internadas no Instituto de Psiquiatria 31 mulheres com diagnóstico de dependência química no período de janeiro a dezembro de 2005. Destas 31 mulheres, houve 1 reinternação, 1 internou-se na Unidade de Clínica Médica e 3 não eram dependentes químicas. Com base nestas informações, a pesquisa foi realizada com 26 prontuários de mulheres internadas. Destaca-se que este número pode ter sido mascarado, pois há uma grande incidência de comorbidade psiquiátrica em pacientes com dependência

¹¹ Comitê de Ética da Instituição: Formado por Assistentes Sociais, Enfermeiros, Médicos, Psicólogos e Terapeuta Ocupacional.

¹² O prontuário é constituído pela folha de rosto, sendo esta preenchida pelos funcionários do SAME; observações médicas; observações do serviço social, realizadas a partir de entrevista com os familiares ou acompanhante do paciente; folha de evolução, preenchida por diferentes profissionais, entre eles Assistente Social, enfermeiro, médico, professor de educação física, psicólogo e terapeuta ocupacional.

química, em muitos casos o diagnóstico apresentado no prontuário pode ser da doença comorbida e não da dependência química.

Com base no referencial teórico deste trabalho, pode-se ressaltar que há uma maior probabilidade de ocorrer comorbidade psiquiátrica em mulheres do que em homens, principalmente nas mulheres alcoolistas. Constata-se, também, que a maioria das mulheres pesquisadas eram dependentes de álcool. Neste sentido, verifica-se um indicativo de que algumas mulheres poderiam ter sido internadas com o diagnóstico da doença comorbida.

Inicialmente, foi observada a procedência dessas mulheres, como mostra a figura 3, verificou-se a predominância de três Municípios, São José, Florianópolis e Palhoça, 34%, 18% e 12%, respectivamente.

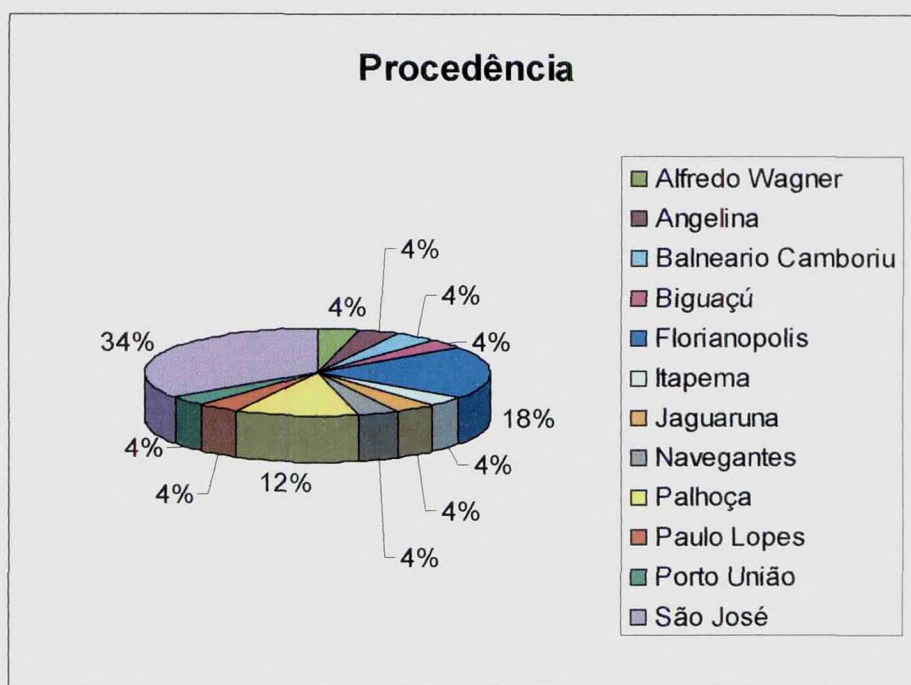


Figura 3: Procedência

O alto índice de mulheres internadas destas três cidades pode ser um indicativo de procedência advindas da sua proximidade em relação ao IPq-SC e ao fato dos outros municípios do Estado serem distantes. Outra causa pode ser o fato de que pessoas de outras cidades, ao entrarem em contato para verificar a existência de tratamento, são informadas de que não há tratamento.

No entanto, pode-se observar que mesmo sendo informado que não há um tratamento especializado nesta Instituição para mulheres dependentes químicas, ainda há um número

elevado de mulheres que se internam vindas de todo o Estado de Santa Catarina. Isso pode demonstrar a inexistência de tratamento especializado para esta demanda no Estado.

Com relação ao nível de escolaridade, têm-se os resultados ilustrados na figura 4.

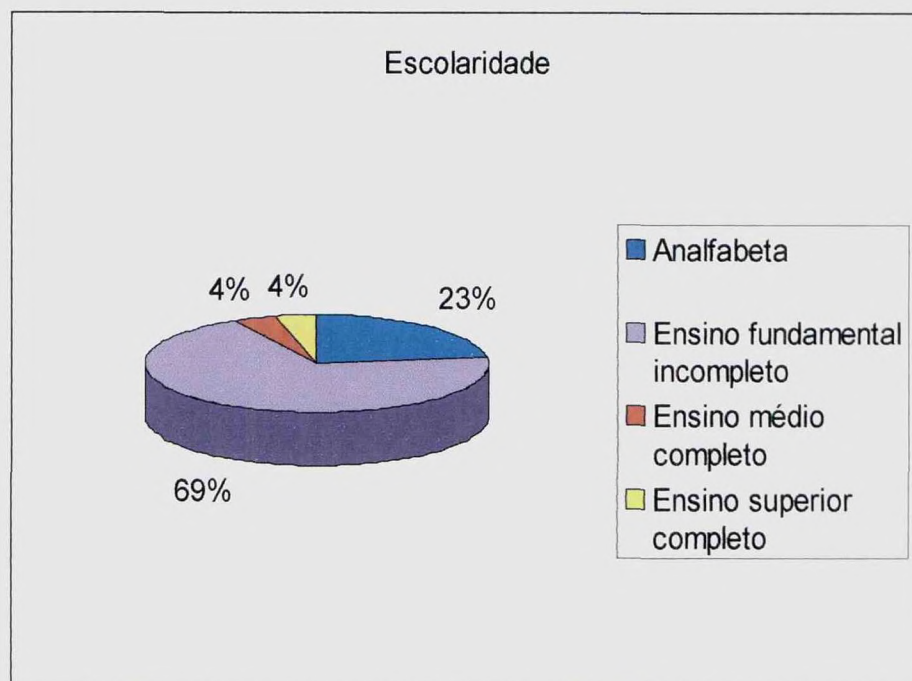


Figura 4: Escolaridade

Partindo dos dados demonstrados acima, verifica-se que 69% das mulheres não concluíram o ensino fundamental e 23% eram analfabetas. Conforme dados do IBGE (2003), 11,5% da população de mulheres do Brasil são analfabetas e esse número se amplia quando se trata de mulheres com o ensino fundamental incompleto, chegando a 31,4%. No entanto, Carlini et al. (2002) destaca no 1º levantamento¹³ domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, que o número da população estudada em relação à escolaridade é de 35% de analfabetos ou que não possuem o ensino fundamental completo. Essa defasagem escolar pode incidir diretamente na ocupação das mulheres dependentes químicas, conforme se verifica na Figura 5. Onde, 65% das pacientes são do Lar e 15% não possuem ocupação.

¹³ Distribuição da escolaridade, segundo as faixas etárias estudadas, dos 8.589 entrevistados nas 107 cidades do Brasil com mais de 200 mil habitantes.

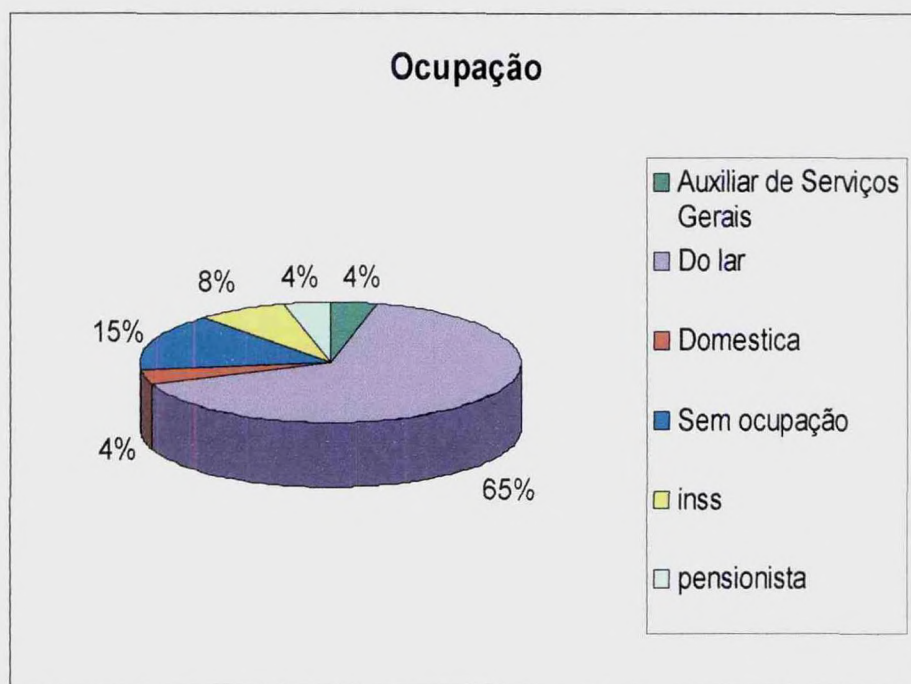


Figura 5: Ocupação

Segundo dados do IBGE (2003), o número de mulheres desempregadas em 2002 já atingia 7,8% da população geral feminina, já em 2005, o número de mulheres desocupadas chegou a 12,9%. Há um aumento considerável de mulheres desocupadas em um curto período de tempo, segundo dados de pesquisas.

Nota-se que em relação à escolaridade, a maioria das pacientes não possuía ensino fundamental e que este dado não está relacionado só à população usuária de substância psicoativa, o que demonstra um déficit escolar entre as mulheres em geral, isto pode mostrar o pouco investimento feito na área da educação.

Esta defasagem escolar, como notou-se, pode implicar no índice elevado de mulheres sem ocupação, como também o fato dos anos 90 serem marcados por mudanças substanciais no mercado de trabalho brasileiro. A recessão econômica do período 1990/92, a abertura comercial, o ajustamento no setor privado em busca de maior competitividade, o plano de estabilização econômica, a privatização e a globalização da economia repercutiram sobre a ocupação, a desocupação e o rendimento dos indivíduos, assim declinou o número de pessoas trabalhando com carteira assinada e aumentou o número de pessoas trabalhando por conta própria. (IBGE, 2006).

Esses fatores, somados à baixa escolaridade podem acarretar a precarização das relações de trabalho. Segundo Menegasso (2000, p. 20),

entende-se por precarização das relações de trabalho a substituição das relações formalizadas de trabalho, que no Brasil, expressam-se em registros na carteira de trabalho, por relações informais de compra e venda de serviços, que vêm se constituindo principalmente pelas formas de contratação por tempo limitado, de assalariamento sem registro, de trabalho a domicílio e outras.

Carloto (2006) destaca que o baixo nível de escolaridade, a falta de qualificação profissional, o trabalho informal realizado em condições precárias e o baixo salário, aumentam a vulnerabilidade das mulheres em relação ao trabalho. E que há um crescimento da feminização da pobreza, ou seja, o aumento da pobreza entre as mulheres.

Faria e Nobre (1997) enfatizam que as mulheres brasileiras recebem, em média, metade do salário dos homens e as mulheres negras, a metade do que ganham as mulheres brancas, além de 70% dos miseráveis no mundo serem mulheres. Isto evidencia a precarização do trabalho feminino demonstrado na pesquisa.

Como pode-se observar na figura 6, o uso de álcool entre as mulheres internadas é quase unânime, pois 96% delas relataram ser dependentes de álcool, sendo 53% dependentes só de álcool e 43% dependentes de álcool associado a alguma outra droga. A figura abaixo destaca as drogas mais utilizadas entre as mulheres internadas.

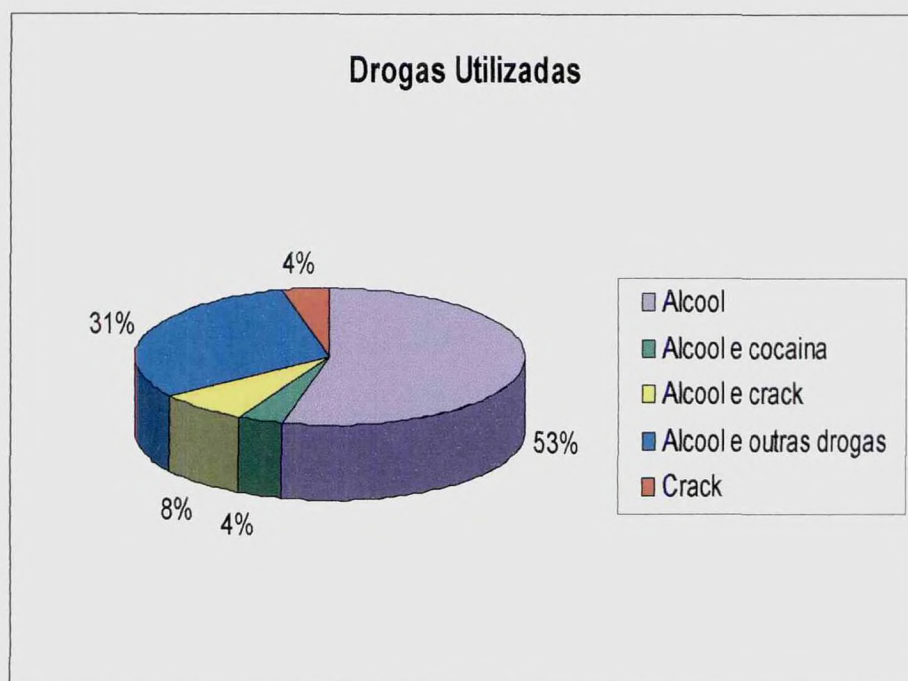


Figura 6: Drogas Utilizadas

Segundo Brasileiro e Hochgraf (2006), um estudo realizado nos Estados Unidos em 1990 apontava que para a dependência de álcool a proporção era de 21,1% de homens e 8,2% de mulheres, o que significa uma razão de 2,4 homens para cada mulher. Para outras drogas a proporção era de 9,2% homens e de 5,9% de mulheres, uma razão aproximada de 1,5 homens para cada mulher.

No entanto, Carlini et al. (2002) explica que, no Brasil, verifica-se uma prevalência para dependência de álcool de 17,1% homens para 5,7% mulheres, o que significa uma razão de três homens para cada mulher.

Diante do exposto, verifica-se o aumento no número de mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas, uma proporção que tem aumentado muito nos últimos anos e que cada vez mais esta proporção diminui entre homens e mulheres.

Constata-se que a droga mais utilizada entre as pacientes internadas na USM foi predominantemente o álcool. Essa prevalência está relacionada ao fato dessa droga ser lícita, barata, de fácil acesso e seu consumo amplamente incentivado pelos meios de comunicação em massa. Como exemplo disso, observou-se no período da Copa do Mundo, o grande número de propagandas incentivando o consumo de cerveja, onde as grandes indústrias utilizam-se de jogadores de futebol, ídolos principalmente dos jovens, como incentivadores do consumo de álcool. Entretanto, esses jogadores deveriam ser símbolos de saúde e fazer propagandas que desestimulassem o consumo de álcool propondo uma vida mais saudável.

Na realidade brasileira pouco se investe na prevenção ao uso indevido de drogas, pois como já foi citado, meios de comunicação em massa são utilizados para difundir o uso, ao invés de utilizá-los como uma forma de prevenção, o que contribui para que grande parcela da população brasileira não se dê conta e permaneça cega diante da realidade de que o álcool é uma substância psicoativa que causa dependência e leva à morte e destruição. Neste contexto, ressalta-se a importância de uma ação preventiva por parte do Governo em conjunto com a repressão ao tráfico de drogas.

Os motivos que levaram as mulheres a usarem drogas não são descritos nos prontuários, porém durante os grupos, diferentes motivos foram narrados por elas, como: perda de um filho, ter o marido doente, por prazer, porque o companheiro faz uso, por causa dos amigos, por trabalhar na roça e fazer muito frio e por isso, o pai ter incentivado o uso desde muito cedo. Como mostra o referencial teórico, o início do uso de substâncias psicoativas entre as mulheres está relacionado a algum evento significativo na vida. Desta forma, as mulheres são levadas a fazerem uso de substâncias psicoativas por diferentes motivos, assim, a

abordagem terapêutica para as mulheres deve ser diferenciada, diante da complexidade do universo feminino.

A figura 7 apresenta a idade em que as mulheres iniciaram o uso de drogas. Pode-se observar que grande parte iniciou o uso muito cedo, pois 26% delas iniciaram o uso antes dos 15 anos.

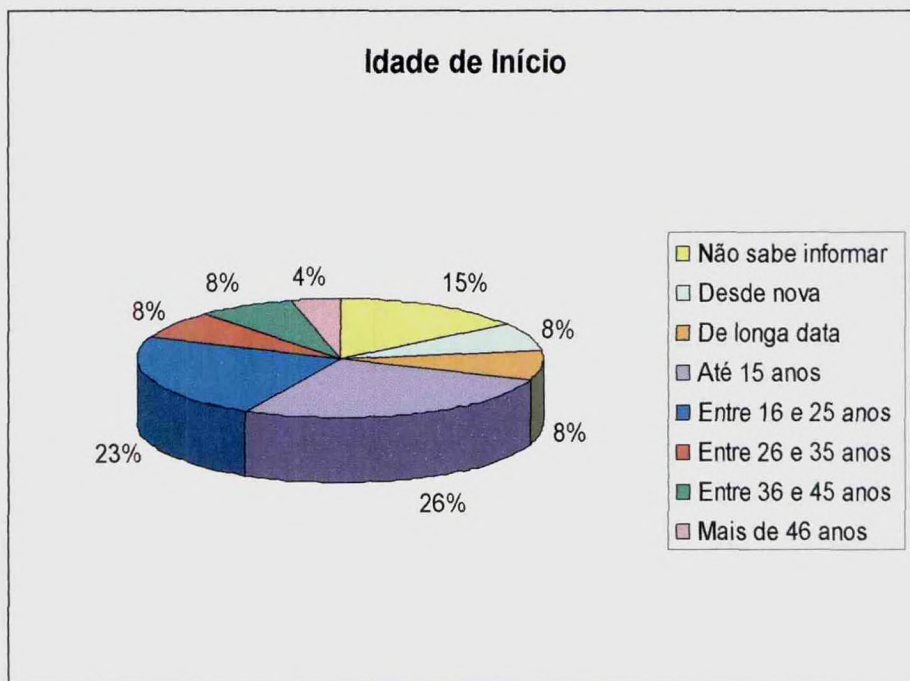


Figura 7: Idade de Início

Segundo Carlini et al. (2002), em estudo realizado em 18 cidades da região Sul, o número de mulheres que já fez uso de álcool entre os 12 e os 17 anos é de 52,6% das entrevistadas, já a prevalência de dependentes de álcool é de 3,5%, passando para 7,7% entre mulheres de 18 aos 24 anos. Destaca-se, também, que em relação ao uso na vida e a dependência de álcool, de cada doze mulheres usuárias, uma tornou-se dependente.

A pesquisa realizada no Estado de São Paulo, em 1998, com alunos com idade de 12 a 18 anos mostrou que 10% dos estudantes da rede estadual de ensino e 25% dos estudantes de uma amostra de escolas particulares relataram ter feito uso de substâncias psicoativas, pelo menos, uma vez nos últimos 30 dias. Diante deste contexto, verifica-se novamente a necessidade de programas de prevenção que inibam o uso de substâncias psicoativas, principalmente direcionado para as crianças e jovens. (CARLINI, 2006).

No entanto, pode-se visualizar na figura 8 que em relação à idade que as pacientes realizaram tratamento no IPq, houve uma maior incidência entre mulheres de 26 aos 46 anos.

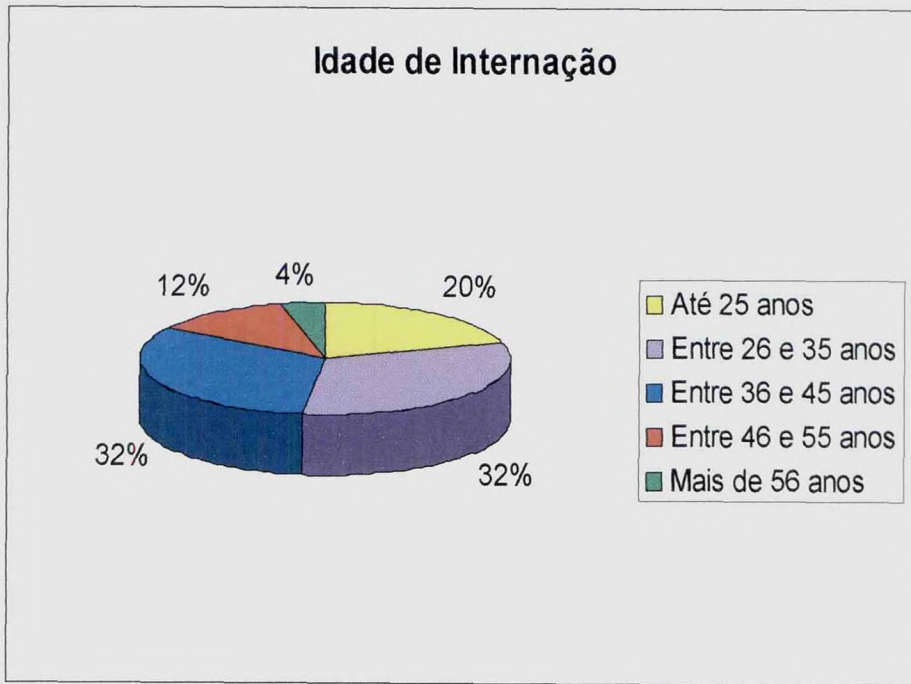


Figura 8: Idade de Internação

Esse período entre o início do uso até a realização do tratamento faz com que muitas mulheres, ao chegarem para se tratar, já estejam com a saúde comprometida, pois o alcoolismo, por ser uma doença crônica e progressiva, aumenta o grau de intoxicação das mulheres.

A prevalência dessas idades pode estar relacionada ao estigma social, falta de ajuda legal, de emprego, creches, oposição do companheiro, entre outros motivos, que muitas vezes levam as mulheres a não realizar o tratamento. (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006).

O fato das mulheres iniciarem o uso de substâncias psicoativas muito cedo e só receberem tratamento anos depois pode demonstrar a defasagem da rede pública do Estado em oferecer tratamento, que para as mulheres o tratamento perpassa pelo estigma social, pois ainda vive-se numa sociedade de cultura machista e preconceituosa, com a falta de amparo mediante a busca por tratamento.

Outro fator pode ser a falta de tratamento especializado, pois como demonstra a figura 9, apenas 23% das pacientes haviam realizado tratamento especializado, sendo que 42% só realizaram tratamento no IPq e 35% eram de primeira internação.

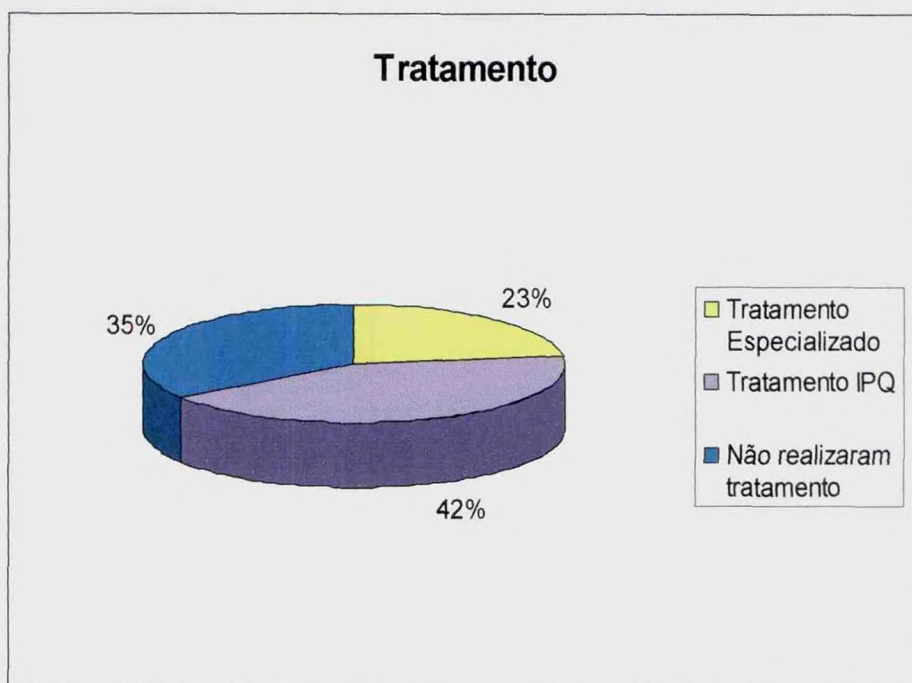


Figura 9: Tratamento

Salienta-se que não há no Estado de Santa Catarina tratamento especializado para mulheres dependentes químicas vinculado ao Sistema Único de Saúde. Quando se refere a tratamento especializado, reporta-se ao referencial teórico que aborda que um tratamento especializado para dependência química feminina deve atender às especificidades das mulheres.

Por não haver locais especializados para o tratamento da dependência química feminina no Estado, muitas mulheres não possuem acesso às informações referentes aos seus direitos. Conforme dados obtidos no SAME, constatou-se que 81 mulheres dependentes químicas realizaram consulta no IPQ-SC no ano de 2005 e não internaram.

Quando se enfatiza que as mulheres são desprovidas de direitos, no âmbito da saúde, reporta-se ao artigo 2º da Lei nº 8.080/1990 que trata, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” Destaca-se, ainda, o inciso I do artigo 7º da referida Lei, que garante a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.” Neste sentido, observa-se que no âmbito da dependência química feminina muito há que se fazer para que se possa garantir os direitos estabelecidos e universalizados pelo SUS.

Devido o IPq não oferecer tratamento especializado, o tempo de internação é relativamente baixo. Como se percebe na figura 10, 49% das pacientes permaneceram menos de dez dias internadas.

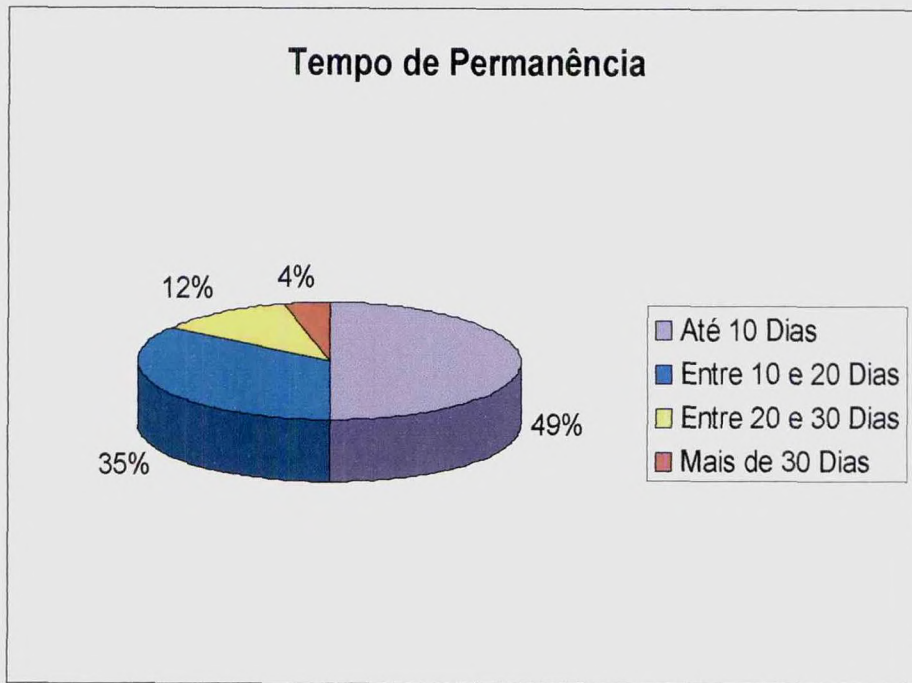


Figura 10: Tempo de Permanência

Segundo Cruz (2006), a importância da internação muitas vezes vai além da desintoxicação, pois visa afastar o dependente de substância psicoativas e da proximidade com o tráfico. Para o autor, 15 dias de internação poderia ser um período adequado para a maioria dos casos. No entanto, é de grande relevância que após a alta o paciente possa dar continuidade a seu tratamento a nível ambulatorial, para isto é necessário que se tenha uma rede estruturada que possa atender esta demanda.

Assim, destaca-se a importância dos CAPs ad, local onde os dependentes químicos podem dar continuidade ou realizar seu tratamento. No entanto, questiona-se o fato de Santa Catarina só possuir 4 CAPs ad, localizados nas seguintes cidades: Florianópolis, Blumenau, Joinville e Itajaí, e que os mesmos possam atender toda a demanda existente.

Mesmo não havendo tratamento especializado no IPq-SC, pode-se observar que a aderência das mulheres dependentes químicas ao tratamento é alta, pois 84% das pacientes receberam alta hospitalar, como demonstra a figura 11.



Figura 11: Tipo de Alta

Segundo Brasileiro e Hochgraf (2006), é importante haver tratamentos específicos para as mulheres dependentes químicas, pois isso contribui para a maior aderência delas ao tratamento.

Destaca-se que a falta de tratamento para mulheres dependentes químicas é uma questão que não pode ser desconsiderada, pois diante dos estudos pode-se observar a importância de tratamento especializado, que atenda as especificidades dessa demanda.

A falta de políticas públicas e de vontade política dos nossos governantes pode levar a gastos desnecessários, pois segundo Bucher (1992), avalia-se que em 1990, os gastos decorrentes do abuso de drogas psicoativas no Brasil foram equivalentes, pelo menos, a 7,9% do Produto Interno Bruto (PIB) no ano.

Já em 1995, conforme dados governamentais, 30,3% do total de internações por transtornos mentais foram diretamente relacionados ao uso de drogas lícitas e ilícitas, gerando gastos superiores a US\$ 113 milhões, além de consumir parcela considerável dos R\$ 3,2 bilhões pagos mensalmente pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) (FURTADO, 2000).

A não existência de tratamento especializado para mulheres dependentes químicas acarreta no grande número de mulheres que não recebe tratamento que atenda suas especificidades.

Salienta-se que a internação de uma paciente no IPq-SC é realizada após avaliação do médico de plantão. Desta forma, questionou-se os médicos plantonistas sobre qual o critério de internação de uma paciente dependente química, já que não há uma unidade de dependência química feminina. Até a conclusão deste trabalho não se obteve esta resposta dos mesmos.

Segundo Francisco (2003), o tratamento oferecido na USM para as mulheres dependentes químicas evidencia alguns agravantes, como:

- ✓ falta de uma equipe técnica, de nível médio e de rede de apoio, que possua treinamento específico para atender e compreender as necessidades específicas desta clientela;
- ✓ ausência de grupos específicos que abordem a temática e sua doença, as consequências e processos de ajuda existentes;
- ✓ conflitos frequentes envolvendo as pacientes dependentes químicas e as portadoras de transtornos mentais, já que a abstinência ocasiona várias alterações físicas e psíquicas, eliminando a tolerância das dependentes químicas;
- ✓ conflitos entre a equipe de nível médio e as pacientes dependentes químicas, já que muitas vezes não são compreendidas quanto as suas manifestação psíquicas, pois entendem que são pacientes com consciência de seu comportamento e que, por esta razão, devem ser mais tolerantes e compreensivas;
- ✓ ambiente desfavorável, devido à convivência de pacientes com diferentes diagnósticos. As pacientes dependentes químicas, além de procurar se reestruturar e conviver com suas dificuldades, devem ainda se esquivar e tentar compreender todo o mundo complexo que envolve o paciente portador de transtorno mental. Em decorrência desta situação, as mulheres dependentes químicas, muitas vezes se mostram intolerantes e/ou com medo de conviver neste mesmo espaço.

Entre estes agravantes, existe ainda a dificuldade encontrada pelo Serviço Social para realizar o encaminhamento após a alta das pacientes. Para realizar o encaminhamento os Assistentes Sociais tem os grupos de auto-ajuda, sendo os mesmos mistos, o que muitas vezes dificulta a inserção das pacientes neste tipo de grupo, além da falta de recursos para o transporte e de apoio para deixar os filhos aos cuidados de outra pessoa. Outra forma de

encaminhamento são os CAPs ad, mas como já foi salientado, existem apenas quatro CAPs ad no Estado de Santa Catarina, ficando muitos municípios sem este atendimento.

Diante disso, pode-se entender a necessidade de políticas públicas na área da dependência química, que atendam às especificidades das mulheres. Carloto (2006, p.143) enfatiza “ser função de um Estado democrático elaborar políticas públicas que reconheçam a desigualdade de poder entre homens e mulheres.”

Neste sentido, Silveira (2003) ressalta ser importante pensar em políticas públicas para ambos os sexos, como também reconhecer a validade das ações voltadas para o fortalecimento das mulheres que, enquanto coletivo social, estão em condições subordinadas na sociedade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As substâncias psicoativas, como já se discutiu no decorrer do trabalho, sempre estiveram presentes na sociedade e, nos últimos anos, seu uso intensificou-se, tornando-se um problema de saúde pública. No entanto, evidencia-se que esse problema de saúde pública é discutido ainda com maior ênfase no âmbito do mundo masculino. Porém, como identificou-se no decorrer dos referenciais teóricos estudados e da pesquisa, as mulheres estão amplamente fazendo uso de substâncias psicoativas, aumentando, assim, o número de mulheres dependentes químicas. Demanda esta que precisa ser ouvida e atendida na sua totalidade, neste sentido, pode-se observar a necessidade de políticas públicas voltadas para esta questão, bem como, um local especializado que atenda todas as especificidades das mulheres dependentes químicas, como foi apresentado no decorrer deste trabalho.

É notável que a falta de políticas públicas, de recursos humanos capacitados e de local apropriado para esta demanda, faz com que muitas mulheres não recebam um atendimento adequado, sendo atendidas em locais, como foi visto no IPq-SC, que não possuem um espaço apropriado e uma equipe especializada para a realização do tratamento.

Com isto, mostra-se que o atendimento na área da saúde, em muitos momentos, não atende os princípios de equidade, universalidade e de integralidade, propostos pelo Sistema Único de Saúde, sendo realizados numa perspectiva emergencial, ao invés de se focar a prevenção e a promoção a saúde.

A partir da análise da pesquisa, pôde-se verificar a relevância de vários resultados, entre eles a idade em que as mulheres iniciam o uso de substâncias psicoativas, o que demonstra a importância da prevenção nas escolas, principalmente, uma prevenção voltada às substâncias lícitas, pois como foi salientado, houve uma grande incidência no número de mulheres dependentes de álcool, pois além de as pessoas não verem o álcool como uma droga, esta substância é muito propagada e incentivada pelos meios de comunicação.

Outro ponto que se evidenciou na pesquisa foi a precarização do trabalho feminino e a baixa escolaridade das mulheres, fatores estes que podem ser condicionantes para a dependência química entre as mulheres.

Diante do exposto, verifica-se a importância de pesquisas e estudos nesta área, para que se possa identificar todas as situações que estão ocultas e que devem ser melhor explicitadas sobre a dependência química feminina.

Além disso, outro ponto relevante foi discutir a necessidade de tratamento especializado para mulheres dependentes químicas. Percebeu-se que a falta de interesse político por parte de muitos governantes e de uma legislação específica e atual pode contribuir para que muitas mulheres usuárias de substâncias psicoativas não tenham acesso a um tratamento adequado e, assim, não tenham seus direitos garantidos.

Desta forma, salienta-se a importância do profissional do Serviço Social ser propositivo e estar atento às novas questões sociais, pois é nesses espaços de atuação profissional que diferentes demandas surgem, muitas vezes, destituídas de seus direitos.

É necessário apontar a escassez de estudos e de pesquisas sobre a dependência química em mulheres, principalmente no estado de Santa Catarina, o que tornou-se um limitador para a pesquisa. Um outro fator de limitação foi não poder realizar entrevistas com as pacientes, deste modo, a maioria dos dados foi retirado do que havia sido coletado e estava disponível nos prontuários.

Assim, não pode-se deixar de sugerir, após a realização deste trabalho, que este não deve permanecer apenas como Trabalho de Conclusão de Curso, pois deve fomentar novas discussões sobre o tema e salientar a importância de pesquisas, principalmente, para a discussão no âmbito do Serviço Social e, também, como fomentador de políticas públicas para o Estado de Santa Catarina.

Por fim, sugere-se a criação de um espaço de atenção às mulheres usuárias/dependentes de substâncias psicoativas, espaço este onde as mesmas sejam atendidas na sua complexidade e que seja também extensivo aos familiares, que em certos casos também necessitam de tratamento.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Silvéria Cristina; PEDRÃO, Luiz Jorge. O paciente dependente químico: características de egressos e reinternos de uma unidade para tratamento específico. In: LUIS, Margarita A. Villar. **Uso e Abuso de Álcool e Drogas**. Ribeirão Preto, SP : Legis Summa, 2000. p. 103-114.

ALCOOL E DROGAS, **Classificação das drogas**, 2004. Disponível em: <http://72.21.62.210/alcooledrogas/drogas_classificacao.htm>, Acesso em: 26 mar. 2006.

ALCOOL E DROGAS, **Tipos de tratamentos para dependentes químicos**, 2006. Álcool e Drogas sem Distorção. Programa Álcool e Drogas (PAD) do Hospital Israelita Albert Einstein. Disponível em: <www.einstein.br/alcooledrogas>. Acesso em: 26 mar. 2006.

AQUINO, Maria Thereza C. de. A Mulher e a Droga: Motivação para o uso, efeitos diferenciados, tratamento e possibilidades de prevenção. In: BAPTISTA, M; INEM, C. (orgs.). **Toxicomanias: Abordagem Multidisciplinar**. Rio de Janeiro: NEPAD, Sette Letras, 1997. p. 43-53.

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. **Histórias das Drogas**. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 9-14.

BALLONE, G. J. **Dependência Química**, 2003. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/voce/drogas.htm>>. Acesso em: 21 mar. 2006.

BALLONE, G. J. **PsiquWeb – Psiquiatria Geral**. 2005a. site: <<http://www.psiqweb.med.br/cid/humorc.html>>. Acesso em: 2 nov. 2005.

BALLONE, G. J. **PsiquWeb – Psiquiatria Geral**. 2005b. site: <<http://www.psiqweb.med.br/cid/esquicid.html>>. Acesso em: 2 nov. 2005.

BORJA, Edna Maria Bernardes de. **A Violência Simbólica e o Estresse em Saúde Pública: Reflexão Ergonômica/Abordagens com Propostas de “Mudanças” das Políticas de Saúde Pública no Universo Feminino**. 2003. p. 477. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2003.

BRASIL, **Lei nº 6.368**, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L6368.htm>>. Acesso em: 1º jun. 2006.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 1º de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=16619&word=>>>. Acesso em: 1º jun. 2006.

BRASIL, Secretaria Nacional Antidrogas, **Resolução n.º 03** do CONFEN, de 19 de junho de 1995. Estabelece critérios e prioridades na apreciação de processos sobre a liberação dos recursos de trata o art. 5º e seus incisos, da Lei nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.senad.gov.br/legislacao/resolucao_03-confen.htm>. Acesso em: 1º jun. 2006.

BRASIL. **Medida Provisória nº 1.669**, de 19 de junho de 1998. Altera a lei 9.649, de 27 de maio de 1998, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/sicon/ListaReferencias.action?codigoBase=2&codigoDocumento=149321>>. Acesso em: 1º jun. 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 816/GM**, de 26 de julho de 2000. O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições, considerando a relevância da *hanseníase no quadro nosológico do País e a necessidade de orientar a assistência às pessoas atingidas pela doença, bem como organizar o sistema de saúde no tocante às ações de atenção básica*, resolve. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Normas-2001.pdf>>. Acesso em: 1º jun. 2006.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ListaReferencias.action?codigoBase=2&codigoDocumento=232459>>. Acesso em: 1º jun. 2006.

BRASIL. **Lei 10.409**, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias, ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ListaReferencias.action?codigoBase=2&codigoDocumento=234247>>. Acesso em: 1º jun. 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Define as normas e as diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/GM336-%20CENTROS%20DE%20ATENÇÃO%20PSICOSSOCIAL.pdf>>. Acesso em: 1º jun. 2006.

BRASIL. **Decreto-lei nº 4.345**, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Disponível em: < <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/2002/4345.htm>>. Acesso em: 1º jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1720/GM**, de 18 de agosto de 2004. Qualifica municípios a receberem os incentivos aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1720.htm>>. Acesso em: 1º jun. 2006.

BRASIL, PORTARIA GM 457. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASILIANO, Silvia; HOCHGRAF, Patrícia B. Drogadicção Feminina: A experiência de um percurso. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 289-296.

BUCHER, Richard. **Drogas e Drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CARLINI, Beatriz. O Uso de drogas psicotrópicas no Brasil. In: SENAD. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Florianópolis: UFSC, 2006. p. 65-76.

CARLINI, E. A.; et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país**. São Paulo : CEBRID – UNIFESP, 2002.

CARLOTO, Cássia Maria. Gênero, Políticas Públicas e Centralidade na família. In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Ano XXVII, n. 86, p. 139-155, 2006.

CARMO, David Roberto do. Prevenção ao abuso de drogas pela educação: proposta da Universidade Estadual de Londrina. In: LUIS, Margarita A. Villar. **Uso e Abuso de Álcool e Drogas**. Ribeirão Preto, SP : Legis Summa, 2000. p. 141-153.

CARMO, Gisele Aleluia Vieira Alves do. **Dependência Química e Relações Familiares: A importância da família no tratamento da drogadicção**. 2003. 119p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de; MIRANDA, Daniel Augusto Carneiro de. Legislações e Políticas de Segurança Pública e Política Nacional Antidrogas. In: **Legislações e Políticas Públicas sobre questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**. p. 183-191.

CASTRO, Luis André Góes Pianco de. Comorbidade Psiquiátrica no Abuso de Drogas. In: LUIS, Margarita A. Villar. **Uso e Abuso de Álcool e Drogas**. Ribeirão Preto, SP : Legis Summa, 2000. p. 67-77.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética do Assistente Social**. Lei nº 8662/93. Regulamenta a profissão. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1997.

CRUZ, Marcelo Santos. Internação Versus Tratamento Ambulatorial. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 113-122.

DIAS, João Carlos; PINTO, Izabel Martins. Substâncias Psicoativas: Classificações, Mecanismos de Ação e Efeitos sobre o Organismo. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 39-49.

EDWARDS, Griffith. **O Tratamento do Alcoolismo: Um guia para profissionais de saúde**. 4 ed. Porto Alegre: ArtMed, 2005, p. 344.

FARIA, Lia. **Ideologia e Utopia nos anos 60: Um olhar feminino**. Rio de Janeiro: UERJ, 1997.

FARIA, Nalu; NOBRE, Miriam. **Gênero e Desigualdade**. São Paulo: SOF, 1997.

FLORIANÓPOLIS. **Lei nº 3713**, de 1992. Cria o Conselho e Sistema Municipal de Prevenção ao Uso de Drogas e dá Outras Providências. Disponível em: <http://www.cmf.sc.gov.br/1992/LPMF/lei3713_92.rtf>. Acesso em: 1º jun. 2006.

FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza; QUADROS, Isabel Marian Hartmann de. A Psicobiologia das Dependências. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 31-38.

FORTES, José Roberto; CARDO, Walter Nelson. **Alcoolismo**: Diagnóstico e tratamento. São Paulo : Sariver, 1991.

FRANCISCO, Adriana Remor. **DEPÊNDENCIA QUÍMICA FEMININA: uma proposta de tratamento**. Dissertação (MBA – Gestão em Saúde), 2003. Universidade Estadual de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

FURTADO, Erikson F. Os desafios da assistência ao paciente farmacodependentes – diferentes realidades clínicas, diferentes alternativas terapêuticas. In: LUIS, Margarita A. Villar. **Uso e Abuso de Álcool e Drogas**. Ribeirão Preto, SP : Legis Summa, 2000. p. 53-66.

GERBER, Luiza Maria Lorenzini. O Fazer profissional do Assistente Social – Uma Experiência de Atuação na Política Pública de Saúde. In: **Desigualdade se Combate com Direitos**. Florianópolis: CRESS 12ª Região – SC, 2005. p. 23-38.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, Lúcia Maria Rodrigues. **Saúde Mental e Trabalho Social**. São Paulo: Cortez, 1983.

HENNECKE, Lynne; FOX, Vernell. A mulher com Alcoolismo. In: GITLOW, S. E.; PEYSER, H. S. **Alcoolismo: um guia prático de tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 227-234.

HOCHGRAF, Patrícia Brunfentrinker. Problemática do alcoolismo e outras farmacodependências nas mulheres. In: ANDRADE, Arthur Guerra de; NICASTRI, Sérgio; TONGUE, Eva. **Drogas: atualização em prevenção e tratamento**. São Paulo: Lemos, 1993. p. 69-78.

HOCHGRAF, Patrícia Brunfentrinker; BRASILIANO, Silvia. **Mulheres farmacodependentes**: Uma experiência brasileira. 2004. Disponível em:

<http://alcooledrogas.einstein.br/alcooledrogas/atualizacoes/ac_128.htm>, Acesso em: 26 mar. 2006.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil em Síntese**, 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/>, Acesso em: 9 jul. 2006.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Educação e Trabalho**, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>, Acesso em: 9 jul. 2006.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

JORUSP, Jornal da USP. **Focado nos problemas femininos**, 2004. Ano XIX número 693. 05 a 11 de julho. Disponível em: <<http://www.usp.br/jorusp/arquivo/2004/jusp693/pag04.htm>>, Acesso em: 26 mar. 2006.

LACKS, Valéria; JULIÃO, Alessandra. Transtornos Relacionados ao Uso de Drogas: Avaliação Diagnóstica e Uso de Instrumentos de Avaliação Psiquiátrica. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 59-66.

LACKS, Valéria; MOREIRA, Fernanda G.; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. Comorbidades: Considerações Gerais e Transtornos de Humor. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 67-73.

LACKS, Valéria; PITTA, José Cássio. A Unidade Psiquiátrica no Hospital Geral. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 196-204.

LACKS, Valéria; QUAGLIA. Término do Tratamento. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 129-133.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991. p. 270.

LARANJEIRA, Ronaldo; ZALESKI, Marcos; RATTO, Lillian. Comorbidades Psiquiátricas: uma visão global. In: **Comorbidades**. São Paulo: ABEAD. p. 5-9.

LESSA, Maria Bernadete Medeiros Fernandes. **Os paradoxos da existência na história do uso das drogas**. 1998. Disponível em: <<http://www.ifen.com.br/artigo1998bernadete.htm>>. Acesso em: 19 mar. 2006.

_____. **A dependência química do ponto de vista da fenomenologia**, 1997. Disponível em: <<http://www.ifen.com.br/artigo1997bernadete.htm>>. Acesso em: 19 mar. 2006.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de. **Serviço Social e Intervenção Profissional**. Florianópolis: UFSC, 2004.

LISBOA, Teresa Kleba. Gênero e relações de poder. In: **Caderno de Texto: “Violência contra a Mulher”**. Florianópolis: CRESS-SC, 2005. p. 26-47.

LUIS, Margarita A. Villar. **Uso e Abuso de Álcool e Drogas**. Ribeirão Preto, SP : FAPESP, 2000.

MANSUR, Jandira. A Etiologia do Alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio de Paula. **Alcoolismo Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p. 19-28.

MELMAN. J. **Família e doença Mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001.

MENEGASSO, Maria Ester. O trabalho, a ocupação e o emprego: uma perspectiva história. **Revista de Negócios da FURB**, Blumenau, v. 5, n. 1, 2000.

MESQUITA, Ana Maria C.; HALPERN, Marina; BUCCARETCHI, Henriette A. Prevenção ao Abuso de Álcool e Outras Drogas. In: ANDRADE, Arthur Guerra de; NICASTRI, Sergio; TONGUE, Eva. **Drogas: atualização em prevenção e tratamento: curso de treinamento em drogas para países africanos de língua portuguesa**. São Paulo: Lemos, 1993. p. 133-142.

MINAYO, Maria C. de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 22 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MOTTA, Cecília Maria de Azevedo Marques; QUEIROZ, Eleny Ribeiro S. de. Uma Reflexão Sobre o Modelo de Tratamento no PROAD. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2006,. p. 152-156.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2006. Disponível em: <<http://www.na.org.br>>. Acesso em: 19 mar. 2006.

NIEL, Marcelo; JULIÃO, Alessandra Maria. Conceitos Gerais, avaliação diagnóstica e complicações clínicas. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 135-141.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. O serviço Social na área da saúde. In: **Desigualdade se Combate com Direitos**. Florianópolis: CRESS, 12ª Região – SC, 2005. p. 3-21.

NOTO, Ana Regina; MOREIRA, Fernanda G. Prevenção ao Uso indevido de Drogas: Conceitos básicos e a sua aplicação na realidade brasileira. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 313-318.

OLIVEIRA, Eliene Reis de; LUIS, Margarita A. Villar. Conhecimento de uma comunidade universitária sobre álcool /drogas: bases para ações preventivas. In: LUIS, Margarita A. Villar. **Uso e Abuso de Álcool e Drogas**. Ribeirão Preto, SP : Legis Summa, 2000. p. 163-174.

OLIVEIRA, Maria Paula Magalhães Tavares; TEDESCO, Solange. O Acolhimento. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 53-58.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social** – Métodos e Técnicas. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989, p.287.

ROIG, Pablo Miguel; AJZEMBERG, Raquel; TISSOT, Cirilo Liberatori. A Família da Mulher Dependente. In: KALINA, Eduardo. **Clínica e Terapêutica de Adicções**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. p. 87-92.

SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. O Sistema e a Política Nacional Anti-Drogas. In: **Legislações e Políticas Públicas sobre questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**. p. 161-170.

SCIVOLETTO, Sandra; ANDRADE, Arthur Guerra de. Tratamento Farmacológicos das Drogadependências. In: ANDRADE, Arthur Guerra de; NICASTRI, Sérgio; TONGUE, Eva. **Drogas: atualização em prevenção e tratamento**. São Paulo: Lemos, 1993. p. 69-78.

SENAD – SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **Aspectos básicos do Tratamento da Síndrome de Dependência de Substâncias Psicoativas**. Brasília, Série de Diálogo nº 3, 2002.

SILVA, Débora de Souza. **Gênero e Assistência às Usuárias de Álcool e outras drogas: Tratamento ou Violência**, 2005. 94p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

SILVA, Gerusa da. **O SOFRIMENTO PSÍQUICO DAS MULHERES QUE ESTÃO INTERNADAS NA “5ª ENFERMARIA FEMININA” DO IPQ**: Limite entre a normalidade e a loucura, 2001. 71p. Monografia (Graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SILVEIRA, Dartiu Xavier; JULIÃO, Alessandra; MOREIRA, Fernanda G. Transtornos Relacionados ao Uso de Drogas: Roteiro Terapêutico e Acompanhamento Psiquiátrico. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 107-112.

SILVEIRA, Dartiu Xavier; MOREIRA, Fernanda G. Reflexões Preliminares sobre a Questão das Substâncias Psicoativas. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 3-8.

SILVEIRA, Dartiu Xavier; JULIÃO, Alessandra; NIEL, Marcelo. Tratamento do Alcoolismo: o acompanhamento psiquiátrico. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2006., p. 142-147.

SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier. Abordagens Terapêuticas. In: **Drogas, AIDS e Sociedade - Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde**. Coordenação Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis / AIDS. Brasília: Centro de Documentação, Informação e Comunicação, 1995.

SILVEIRA, M. L. Políticas Públicas de Gênero: Impasses e desafios para fortalecer a agenda política na perspectiva da igualdade. **Revista presença de Mulher**, São Paulo, Ano XVI, n. 45, 2003.

SOIHET, Rachel. História, Mulheres, Gênero: Contribuições para um debate. In: AGUIAR, Neuma (org.). **Gênero e Ciências Humanas: Desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres**. Vol 5. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

SOLHA, Raphaela K. de T. Desintoxicação em Fumo. In: LUIS, Margarita A. Villar. **Uso e Abuso de Álcool e Drogas**. Ribeirão Preto, SP : FAPESP, 2000. p. 37-46.

UCHOA, Paulo Roberto Y. de M. **Política Nacional AntiDrogas**. 2003. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/voce/drogas.htm#instruducacao>>. Acesso em: 15 dez 2005.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão, et al. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

ZILBERMAN, Monica Levit. **Características Clínicas da Dependência de Drogas em Mulheres**, 1998. 179p. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

ZILBERMAN, Monica Levit. Tratamento de Populações Específicas: Mulheres. In: **Curso a Distância: Aspectos Básicos dos Tratamentos das dependências químicas**. V. 2. Brasília: SENAD, 2002.

ANEXO A – LISTA DOS CAPs DE SANTA CATARINA

Endereços de CAPS em SANTA CATARINA

CAPS I – CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL

RUA EGÍDIO JOÃO GUERRA S/N BAIRRO ALVORADA **ABELARDO LUZ** – SC CEP 89.830-000

FONE: (49) 3445-5169 E-MAIL: anacarla@ipcnnett.com.br COORDENADOR: Evandra Mathett

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

AV. CEL JOÃO FERNANDES, 623 BAIRRO URUSSANGANGUINHA **ARARANGUÁ** – SC CEP

88.900-000 FONE: (48) 3524-6828 OU 3522-0017 E-MAIL: <mailto:CAPS@CONTATO.NET> OU

<mailto:academicopsa@yahoo.com.br> Coordenadora: Marta Viviana Bonatto

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA PA 003 , N° 66 BAIRRO PAQUETÁ

BRUSQUE – SC CEP 88.353-470 FONE: (47) 3396-8186 E-MAIL:

<mailto:acorvo@uol.com.br> Coordenador: Antônio Carlos Cruz Corvo

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA HUMBERTO CALGARO, 1313 BAIRRO

SENHOR BOM JESUS CAMPOS NOVOS – SC CEP 89.620.000 FONE: (49) 3544-1375 E-MAIL:

<mailto:caps.vidaesaude@bol.com.br> Coordenadora: Marcilene Guimarães Delfino

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA ALMEIDA CARDOSO, 508 CENTRO

CANOINHAS – SC CEP 89.460-000 FONE: (47) 3622-1310 E-MAIL:

<mailto:fabiasdias@bol.com.br> Coordenadora: Viviane Aparecida Stange Pereira

CAPS I CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL REVIVER RUA LUIZ DUTRA, 285 CENTRO

CAPINZAL – SC CEP 89.665-000 FONE (49) 3555-4470 E-MAIL : hahnpsico@hotmail.com.br

COORDENADOR: Túlio Márcio Hahn

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA CHICO XAVIER, 235 JARDIM ITÁLIA

COCAL DO SUL – SC CEP 88.845-000 FONE (48) 3447-1446 3447-6179 E-MAIL:

<mailto:fmcsul@terra.com.br> Coordenadora: Andréa Guisi Ortigosa

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA ADALÍPIO MAGARINOS 394 - CENTRO

CONCÓRDIA – SC CEP 89.700-000 FONE: (49) 3444-8579 E-MAIL:

<mailto:ssc@concordia.psi.br> COORDENADORA: Margarete Muller

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA ANTÔNIO ROSA, 286 CENTRO

CURITIBANOS – SC CEP 89.520-000 FONE: (49) 3245-0789 E-MAIL:

msmosele_guidi@hotmail.com COORDENADORA: Márcia Mosele Guidi

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA CEL ARISTILIANO RAMOS 453 GASPAR

– SC CEP 89.110-000 FONE: (47) 3332-4602 E-MAIL: psf@gaspar.sc.gov.br COORDENADORA:

Célia Regina Evaristo

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA JOÃO CARVALHO, S/N BAIRRO NOSSA

SENHORA APARECIDA HERVAL DO OESTE – SC CEP 89.610-000 FONE: (49) 3554-4471 E-MAIL:

marycdia@yahoo.com.br COORDENADORA: Edna Mendes

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA EGÍLIO CARLOS COLONETTI. 205

CENTRO IÇARA – SC CEP 88.820-000 FONE: (48) 3432-5233 E-MAIL:

<mailto:capscara@yahoo.com.br> Coordenadora: Simone Della Bruna Gabriel de Souza

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AV DR JOÃO RINSA, 530 CENTRO IMBITUBA

– SC CEP 88.780.000 FONE: (48) 3356-0072 E-MAIL:

<mailto:capsimbituba@yahoo.com.br> Coordenadora: Mari Stela de Oliveira Pacheco

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA FRITZ MULLER 334 BAIRRO TAPAJÓS INDAIAL – SC CEP 89.130-000 FONE: (47) 3394-8516 E-MAIL: mailto:caps@indaial.sc.gov.br mailto:lu.nane@terra.com.br Coordenadora: Luciane L Grossklags

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA ALOIS TYSKA S/N ITAIÓPOLIS – SC CEP 89.340-000 FONE: (47) 3652-2768 E-MAIL: silvia.mirek@bol.com.br COORDENADORA: Silvia Maria Mirek

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA GETÚLIO VARGAS 100 – CENTRO JOAÇABA – SC CEP 89.600-000 FONE: (49) 3522-4953 E-MAIL: secsaudejba@brturbo.com.br Coordenador: Leoni

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA ANITA GARIBALDI, 751 BAIRRO CAMPO DE FORA LAGUNA – SC CEP 88.790-000 FONE (48) 3646-2367 E-MAIL: patriciapear@yahoo.com.br COORDENADORA: GISELE PACHECO MENDONÇA

CAPS I CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA RUI BARBOSA, 32 – CENTRO ORLEANS – SC CEP 88.070-000 FONE: (48) 3466-4947 E-MAIL: mailto:caps@engeplus.com.br Coordenadora: Perla Bianca Pereira Brandão

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA INDEPENDÊNCIA, 942 PALMITOS – SC CEP 89.887-000 FONE: (49) 3647 3002 FAX 3647-0171 E-MAIL: mailto:capspalmitos@promitos.com.br Coordenador: Dair Enger

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA JORGE LACERDA, 1208 – CENTRO PAPANDUVA – SC CEP 89.370-000 FONE: (47) 3653-2157 E-MAIL: caps_pv@ig.com.br COORDENADORA: Silmara D. Ribas

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA PRESIDENTE JUCELINO, S/N QUILOMBO – SC CEP 89.500-000 FONE: (49) 3346-4036 E-MAIL: caps_quilombo@yahoo.com.br Coordenadora: Maristela Castelli Salm

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA SÃO JOÃO, 137 RIO DO SUL –SC CEP 89.160-000 FONE: (47) 3525-3645 E-MAIL: caps_riosul@yahoo.com.br Coordenadora: Daniele Abrão

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA MURILO BORTOLUZZI, S/N – CENTRO SÃO JOAQUIM – SC CEP 88.600-000 FONE: (49) 3233-0011 E-MAIL: kátia_lima@ibest.com.br Coordenadora: Kátia Lima

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA BELÉM, 272 – BAIRRO CAPITAIS TIMBÓ - SC CEP 89.120-000 FONE: (47) 3382-8473 E-MAIL: mailto:gisamanfrini@yahoo.com.br Coordenadora: Gisele Cristina Manfrini

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – VIDA INTEGRADA
Rua: Dr. José de Miranda Ramos, 360 XANXERÊ – SC CEP 89.820.000 FONE: (49) 34337590 E-MAIL: Coordenadora: Elsa Terezinha Maziero

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA CEL ERNESTO FRANCISCO BERTAZO, 800 BAIRRO DR ARI – QUADRA 7 XAXIM- SC CEP 89.825-000 FONE: (49) 3353-6685 E-MAIL: mailto:caps1@ibest.com.br mailto:roze.to@bol.com.br Coordenadora: Rozani Delalibera

CAPS II – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 5ª AVENIDA ESQUINA COM A RUA CURITIBANOS S/Nº - BAIRRO DOS MUNICÍPIOS BALNEÁRIO CAMBORIÚ – SC CEP 88.330-000 FONE: (47) 3367-4814 RAMAL 309 E-MAIL: caps_bc@yahoo.com.br Coordenadora: Enedina Izabel Regis Vieira

CAPS II – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA JEAN R BONEMASSOU, 720 (TRANSVERSAL DA ALAMEDA RIO BRANCO) CENTRO BLUMENAU – SC CEP 89.010-370 FONE:

(47) 3326-6906 E 3326-7506 E-MAIL: mailto:caps2@pop.com.br COORDENADOR: Jorge Fernando B de Moraes

CAPS II – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA POETA J AMAZONAS, 371 CAÇADOR – SC CEP 89.500-000 FONE: (49) 3563-3955 E-MAIL: caps@cacador.com.br COORDENADORA: Valdicléia Ferreira

CAPS II – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA MARECHAL DEODORO, 31 D – FUNDOS CHAPECÓ – SC CEP 89.802-140 FONE/FAX: (49) 3322-4155 E-MAIL: atsaude@chapeco.sc.gov.br COORDENADOR: Eduardo Mascarenhas

CAPS II – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA SÃO JOSE 582 CRICIÚMA – SC CEP 88804-050 FONE: (48) 3445-8735 E-MAIL: mailto:caps2.criciúma@ibest.com.br ou mailto:depaulaminotto@yahoo.com.br Coordenadora: Dipaula Minotto da Silva

CAPS II – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PONTA DO CORAL RUA RUI BARBOSA, 713 FUNDOS BAIRRO AGRÔNOMICA FLORIANÓPOLIS – SC CEP 88.025-310 FONE: (48) 3228-5074 E-MAIL: brognoli@brturbo.com.br COORDENADOR: Maria Aparecida de Souza

CAPS II – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA ESTEVES JR, 390 CENTRO FLORIANÓPOLIS – SC CEP 88.015-530 FONE: (48) 3212-1637 E-MAIL: mailto:caps@saude.sc.gov.br COORDENADOR: João Zardo Neto

CAPS II – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA XV DE NOVEMBRO 373 CENTRO ITAJAÍ – SC CEP 88.301-400 FONE: (47) 3348-3313 RAMAL 252 E-MAIL: mailto:hhvl42@yahoo.com.br Coordenadora: Heloisa Luz

CAPS II – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA JOSÉ EMMENDOERSER, 328 - BAIRRO NOVA BRASÍLIA JARAGUÁ DO SUL – SC CEP 89.252-200 FONE: (47) 3370-6595 E-MAIL: mailto:saude.caps@jaraguadosul.com.br COORDENADORA: Eurenice Maba

CAPS II – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA ALEXANDRE SCHLEMEN, 850 BAIRRO ANITA GARIBALDI JOINVILLE – SC CEP 89.202-180 FONE: (47) 3422-7161 3433-5902 E-MAIL: mailto:pitisan@ig.com.br ou mailto:svitorino@saudejoinville.sc.gov.br COORDENADORA: Sandra Lúcia Vitorino

CAPS II – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AVENIDA JOÃO GOULART S/N - BAIRRO PISANI LAGES – SC CEP 88.521-600 FONE (49) 3225-0259 E-MAIL: mailto:saudelgs@matrix.com.br COORDENADORA: Orélia Schenato Costa

CAPS II – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA AMARO FERREIRA DE MACEDO, S/Nº - CENTRO PALHOÇA- SC CEP 88.130-000 FONE: (48) 3242-2480 E-MAIL: mailto:caps2@palhoça.sc.gov.br E-MAIL COORD: mailto:gabilucampos@hotmail.com COORDENADORA: Gabriela Luiza Campos

CAPS II – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RUA CEL CABRAL 251 - CENTRO TUBARÃO – SC CEP 88.704.270 FONE: (48) 36219035 - 36324721 E-MAIL: mailto:smfs@ibest.com.br COORDENADORA: Suzana M Francioni da Silva

CAPS ad – CENTRO AT. PSICOS. ÁLCOOL E DROGAS RUA HERMAN HUSCHER 50 BAIRRO VILA FORMOSA BLUMENAU – SC CEP 89.023-000 FONE/FAX (47) 3222-3198 3222-3170 E-MAIL: capsadblu@pop.com.br COORDENADORA: Andréa Luciana Hermer Deschamps

CAPS AD – CONTINENTE RUA JOSÉ CÂNDIDO SILVA, 125 - BAIRRO ESTREITO FLORIANÓPOLIS - SC CEP FONE: 32405472 E-MAIL: capsad@pmf.sc.gov.br COORDENADORA: Evelin Cremonse

CAPS ad RUA ADOLFO BOTSCHAUER, 1089 BAIRRO SÃO JUDAS ITAJAÍ – SC CEP: 88.301.905
FONE: (47) 33443080 E-MAIL: jana_itajai@yahoo.com.br COORDENADORA: Janaina Moura da Costa

CAPS ad – UNIDADE ATEND EM DEPEND QUÍMICA RUA EUGÊNIO MOREIRA, 400 BAIRRO ANITA GARIBALDI JOINVILLE – SC CEP 89.202-190 FONE: (47) 3423-3367 E-MAIL: <mailto:jcamargo@saudejoinville.sc.gov.br> COORDENADOR: JOSÉ CARLOS DE CAMARGO

CAPSi – CENTRO ATENÇÃO PSICOS. INFANTO JUVENIL RUA ALFRED GUENTHER, 94 BAIRRO VILA NOVA BLUMENAU – SC CEP 89.012.560 FONE: (47) 3340-0386 E-MAIL: caps2@ig.com.br COORDENADORA: Jorge Fernando Borges de Moraes

CAPSi - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES RUA MARECHA DEODORO 562 D CHAPECÓ – SC CEP 89.801-060 FONE: (49) 33232134 E-MAIL: capsi2@chapeco.sc.gov.br COORDENADORA: Rosa Maria Queradia

CAPSi - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES RUA ALAN KARDEC, 120 - AGRONÔMICA FLORIANÓPOLIS – SC CEP 88.025-100 FONE: 3324-1399 3228-6095 E-MAIL: <mailto:capsi@pmf.sc.gov.br> Coordenadora: Vera Rodrigues da Silveira

CAPSi – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES RUA JOÃO RODI, 216 BAIRRO FAZENDA ITAJAÍ – SC CEP 88301-010 FONE: (47) 3348-0026 E-MAIL: caps_sc@yahoo.com.br ou <mailto:vmarchi@yahoo.com.br>

**ANEXO B – LISTA DOS GRUPOS AA NOS MUNICÍPIOS DE SÃO JOSÉ E
FLORIANÓPOLIS**

ALCOOLICOS ANÔNIMOS

FLORIANÓPOLIS - 14º COMITÊ DE DISTRITO

1 - GRUPO DE A.A. TRANQUILIDADE - Formado em 10/11/70

Rua Felipe Schmidt, 836 - Caixa Postal 696 – CEP: 88.010-970

Reuniões: 2^{as} às 6^{as} Feiras: 12:00 às 14:00 - 18:00 às 20:00 - 20:00 às 22:00 horas.

Sábados: 20:00 às 22:00 horas.

Domingos: 09:00 às 11:00 - 19:00 às 21:00 horas.

FLORIANÓPOLIS - SC

2 - GRUPO DE A.A. AGRONÔMICA - Formado em 05/12/81

Rua Padre Schrader, 1 - Bairro Agronômica - Junto a Igreja São Luiz

Caixa Postal 696 – CEP: 88.010-970

Reuniões: Sábados: 18:00 às 20:00 horas

FLORIANÓPOLIS - SC

3 - GRUPO DE A.A. PAZ E AMOR - Formado em 01/12/77

Rua Silva Jardim, s/n - Caixa Postal 696 – CEP: 88.010-970

Salão Paroquial da Igreja Sta. Terezinha - Prainha

Reuniões: 3^{as} e 5^{as} Feiras: 20:00 às 22:00 horas

FLORIANÓPOLIS - SC

4 - GRUPO DE A.A. MONT SERRAT - Formado em 18/03/99

Avenida Mauro Ramos, s/n - Centro – Junto a CEFET

Caixa Postal 696 – CEP: 88.010-970

Reuniões: 4^{as} Feiras: 20:00 às 22:00 horas

FLORIANÓPOLIS - SC

5 - GRUPO DE A.A. LAGOA SERENA - Formado em 27/06/96

Centro Cultural Bento Silvério - Lagoa da Conceição

Caixa Postal 696 – CEP: 88.010-970

Reuniões: 6^{as} Feiras: 20:00 às 22:00 horas

FLORIANÓPOLIS - SC

6 - GRUPO DE A.A. APOIO A LIBERDADE - Formado em 09/02/88

Rua Padre Roma, 404 (Junto à Igreja Santo Antônio)

Caixa Postal 696 – CEP: 88.010-970

Funciona no local o Grupo Familiar AL-ANON

Reuniões: 4^{as} Feiras: 20:00 às 22:00 horas

FLORIANÓPOLIS - SC

7 - GRUPO DE A.A. CAMPECHE - Formado em 23/11/98

Av. Pequeno Príncipe, s/n - Junto à Escola Eduardo Gomes

Caixa Postal 696 – CEP: 88.010-970

Reuniões: Sábados: 20:00 às 22:00 horas

FLORIANÓPOLIS - SC

8 - GRUPO DE A.A. FORÇA DIVINA - Formado em 02/06/97

Rua Tertuliano de Brito Chavier, s/n - Canasvieiras

Caixa Postal 696 – CEP: 88.010-970

Reuniões: 2^{as} Feiras: 20:00 às 22:00 horas - 3^{as} Feiras: 20:00 às 22:00 horas - Reunião de Novos

FLORIANÓPOLIS - SC

9 - GRUPO DE A.A. ESPERANÇA PARA TODOS - Formado em 06/05/99

Rua Dário Manoel Cardoso, 1966 - Ingleses - Sítio do Capivarí - Junto a Paróquia da Igreja Santa Catarina

Caixa Postal 696 – CEP: 88.010-970

Reuniões: 5^{as} Feiras: 20:00 às 22:00 horas - 6^{as} Feiras: 20:00 às 22:00 horas - Reunião de Novos

FLORIANÓPOLIS - SC

10 - GRUPO DE A.A. SUL DA ILHA - (Em Caráter Experimental)

Rua Baldicero Filomeno - Centro Comunitário "Alto Ribeirão" - Entre o Bandeirantes e o Colégio
Ribeirão Ribeirão da Ilha

Caixa Postal 696 – CEP: 88.010-970

Reuniões: 3^{as} Feiras: 19:00 às 21:00 horas - Sábados: 17:00 às 19:00 horas

FLORIANÓPOLIS - SC

11 - GRUPO DE A.A. RIO VERMELHO - (Em Caráter Experimental)

Rodovia João Gualberto, 6847 - Sala anexa à Igreja São João Batista - Rio Vermelho

Caixa Postal 696 – CEP: 88.010-970

Reuniões: 4^{as} Feiras: 20:00 às 22:00 horas

FLORIANÓPOLIS - SC

12 - GRUPO DE A.A. MÃOS DADAS - (Em Caráter Experimental)

Rua Joaquim Costa, s/n - Fim da rua junto a Creche Dona Fofa - Agrônômica

Caixa Postal 696 – CEP: 88.010-970

Reuniões: Domingos: 18:00 às 20:00 horas

FLORIANÓPOLIS – SC

SÃO JOSÉ - 21º COMITÊ DE DISTRITO

1 - GRUPO DE A.A. ESPERANÇA - Formado em 15/02/74

Av. Santa Catarina, 630 - Conselho Comunitário do Bairro Bela Vista I - Barreiros.

Reuniões: 2^{as}, 4^{as} e 6^{as} Feiras: 20:00 às 22:00 horas

SÃO JOSÉ - SC

88.110-300

2 - GRUPO DE A.A. IMPERATRIZ - Formado em 13/09/86

Rua Pe. Izidoro Duarte e Silva, 32 - Paróquia da Igreja Matriz

Reuniões: 2^{as} e 6^{as} Feiras: 20:00 às 22:00 horas

SANTO AMARO DA IMPERATRIZ - SC

88.140-000

3 - GRUPO DE A.A. CORAÇÃO ABERTO - Formado em 24/07/78

Rua Irmãos Vieira, s/n - Campinas - Salão Paroquial da Igreja Santo Antônio

Reuniões: 3^{as} e 6^{as} Feiras: 20:00 às 22:00 horas

SÃO JOSÉ - SC

88.101-290

4 - GRUPO DE A.A. REABILITAÇÃO - Formado em 03/04/91

Av. Ivo Silveira, 1960 - INSS - Capoeiras

Reuniões: 2^{as} e 4^{as} Feiras: 19:30 às 21:30 horas

FLORIANÓPOLIS - SC

88.085-000

5 - GRUPO DE A.A. CAMINHO CERTO - Formado em 22/06/83

Praça 7 de Setembro, s/n - Centro - Fundos da Igreja Matriz

Reuniões: 2^{as} Feiras e Sábados: 20:00 às 22:00 horas

PALHOÇA - SC

88.130-200

6 - GRUPO DE A.A. FORQUILHINHAS - Formado em 07/12/95

Rua Vereador Artur Mariano, s/n - Picadas do Norte

Salão Paroquial da Igreja São Francisco de Assis - Forquilha

Reuniões: 2^{as} e 5^{as} Feiras: 20:00 às 22:00 horas

SÃO JOSÉ - SC

88.106-500

7 - GRUPO DE A.A. PONTE DE PAZ - Formado em 06/06/99

Rua 31 de Março, s/n - Conselho Comunitário Ponte de Imaruí

Reuniões: Domingos: 19:00 às 21:00 horas

PALHOÇA - SC

88.130-000

8 - GRUPO DE A.A. BIGUAÇÚ - Formado em 21/03/00

Praça Nereu Ramos, s/n

Paróquia da Igreja Matriz de Biguaçu

Reunião: 3^{as} Feiras: 20:00 às 22:00 horas - Domingos: 09:00 às 11:00 horas

BIGUAÇÚ - SC

88.160-000

9 - GRUPO DE A.A. ALIANÇA - Formado em 20/10/01

Rua Pedro Bunn, 87

Casa Paroquial da Igreja Sagrados Corações - Barreiros

Reunião: Sábados: 19:00 às 21:00 horas

SÃO JOSÉ - SC

88.111-120

10 – GRUPO DE A.A. PINHEIRA - Formado em 24/06/97

Rua Aderbal Ramos da Silva, s/n - Praia da Pinheira

Escola de Educação Básica Padre Vicente Ferreira Cordeiro

Reuniões: 4^{as} Feiras e Sábados: 19:00 às 21:00 horas

PALHOÇA - SC

88.138-853

11 – GRUPO DE A.A. RENASCER - Formado em 20/06/2003

Rua Benjamin Gerlach, s/n – Fazenda Santo Antônio - Capela Santo Antônio

Reuniões: 6^{as} Feiras: 20:00 às 22:00 horas

SÃO JOSÉ - SC

88.104-400

12 – GRUPO VOLTA AO LAR – Formado em 24/06/1987

Rua: Ana Rauup de Sá s/n – anexo ao prédio da Apae. Paulo Lopes

Reuniões: 5^a feiras: 20:00 às 22:00 horas

Penha – Paulo Lopes

Rua: Manuel Elisandro da Silva. Escola de Educação Básica Dr. Ivo Silveira

Reuniões: 2^a feiras: 20:00 às 22:00

13 – GRUPO DE A.A. RANCHO SERENO (Em Caráter Experimental)

Rua Dona Lia, s/n – Conselho Comunitário

Reuniões: 6^a feiras: 19:00 às 21:00 horas

RANCHO QUEIMADO – SC

ANEXO C – RELAÇÃO DOS GRUPOS NA NO ESTADO DE SANTA CATARINA

NARCÓTICOS ANÔNIMOS DE SANTA CATARINA

GRUPO	Nova Vida						
N. 41							
Cidade: Balneário Camboriú							
Estado: SANTA CATARINA							
Endereço: Av. dos Estados 1750 - Capela São Sebastião,sala 3							
Bairro: das Nações							
CEP: 88330000							
Observações:							
Reuniões							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Horário:			20:00		20:00		19:00
Reunião:			Fechada		Fechada		Aberta

GRUPO	Vida Nova						
N. 50	CSA Catarinense						
Cidade: Chapecó							
Estado: SANTA CATARINA							
Endereço: Rua Carlos Gomes esq. Licínio Córdova - ao lado do Posto de Saúde							
Bairro: São Cristóvão							
CEP: 89800000							
Observações: Última Quinta-feira do mês Reunião Aberta. Sábados a tarde encontro dos companheiros na sala para estudo.							
Reuniões							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Horário:			20:00		20:00		
Reunião:			Fechada		Fechada		

GRUPO	Desejo						
N. 187							
Cidade: São José							
Estado: SANTA CATARINA							
Endereço: Rua Pedro Blun,87 sala 01 - Paróquia Sagrado Corações							
Bairro: Barreiros							
CEP:							
Observações:							
Reuniões							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Horário:	20,00	20,00		20,00		20,00	
Reunião:	Aberta	Aberta		Aberta		Aberta	

GRUPO	Esperança						
N. 233							
Cidade: Florianópolis							
Estado: SANTA CATARINA							
Endereço: Rua Padre Sehlur - Igreja Santo Antonio							
Bairro: Centro							
CEP: 00000000							
Observações:							
Reuniões							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Horário:		12:30	12:30	12:30	12:30	12:30	
Reunião:		Fechada	Fechada	Fechada	Fechada	Fechada	

GRUPO	LUX						
N. 234							
Cidade: Florianópolis							
Estado: SANTA CATARINA							
Endereço: Igreja Matriz Metropolitana - (fundos)							
Bairro: Centro							
CEP: 00000000							
Observações:							
Reuniões							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Horário:				19:00		19:00	
Reunião:							

GRUPO	Libertação						
N. 235							
Cidade: Blumenau							
Estado: SANTA CATARINA							
Endereço: Rua Itapiranga 368 - PROMENOR							
Bairro: Bairro Velha							
CEP: 00000000							
Observações:							
Reuniões							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Horário:	19:00				19:00		
Reunião:	Fechada				Aberta		

GRUPO	PAX						
N. 236							
Cidade: Florianópolis							
Estado: SANTA CATARINA							
Endereço: Igreja Santíssima Trindade - Fundos do Comper							
Bairro: Trindade							
CEP: 00000000							
Observações:							
Reuniões							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Horário:	20:00	20:00	20:00		20:00		
Reunião:							

GRUPO	LAGOA						
N. 237							
Cidade: Florianópolis							
Estado: SANTA CATARINA							
Endereço: Casarão da Lagoa - Casarão da lagoa							
Bairro: Lagoa							
CEP: 00000000							
Observações:							
Reuniões							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Horário:			20:00				
Reunião:							

GRUPO	ILHA						
N. 238							
Cidade: Florianópolis							
Estado: SANTA CATARINA							
Endereço: Colegio Santa Tereza - Fundos do mercado Emilia							
Bairro: Ingleses							
CEP: 00000000							
Observações:							
Reuniões							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Horário:		20:00		20:00			20:00
Reunião:							

GRUPO N. 241	Braços Abertos						
Cidade: São Jose							
Estado: SANTA CATARINA							
Endereço: Colégio Estadual Laercio Caldeira de Andrade - Caldeirão							
Bairro: Campinas							
CEP: 00000000							
Observações:							
Reuniões							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Horário:		20:00	20:00	20:00	20:00	20:00	
Reunião:							

GRUPO N. 242	SÓ POR HOJE						
Cidade: Itajaí							
Estado: SANTA CATARINA							
Endereço: Pça Irineu Bornhausen - Igreja Matriz 1º andar							
Bairro: Centro							
CEP: 00000000							
Observações:							
Reuniões							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Horário:	19:00		12:00 20:00	12:00	20:00	12:00	15:00
Reunião:	Aberta		Fechada	Fechada	Fechada	Fechada	Fechada

GRUPO N. 243	MENTE ABERTA						
Cidade: Palhoça							
Estado: SANTA CATARINA							
Endereço: Centro Comunitario da Guarda do Cubatão - centro comunitario							
Bairro: Guarda de Cubatão							
CEP: 00000000							
Observações:							
Reuniões							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Horário:		20:00		20:00			20:00
Reunião:		Aberta		Aberta			Aberta

GRUPO	SÓ POR HOJE						
N. 244							
Cidade: Palhoça							
Estado: SANTA CATARINA							
Endereço: Praça 7 de setembro s/n - ao lado do Palhoção							
Bairro: Centro							
CEP: 00000000							
Observações:							
Reuniões							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Horário:	20:00		20:00		20:00		
Reunião:	Aberta		Aberta		Aberta		

GRUPO	AÇORIANO						
N. 245							
Cidade: Florianópolis							
Estado: SANTA CATARINA							
Endereço: Igreja da lagoa da Conceição - -----							
Bairro: Lagoa							
CEP: 00000000							
Observações:							
Reuniões							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Horário:	19:00					22:00	
Reunião:							

GRUPO	Viemos a Acreditar						
N. 246							
Cidade: Itapema							
Estado: SANTA CATARINA							
Endereço: Av Nereu Ramos s/n - Igreja Sagrado Coração de Jesus							
Bairro: Centro							
CEP: 00000000							
Observações:							
Reuniões							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Horário:		20:00			20:00		
Reunião:							

GRUPO N. 247	NOVA VIDA						
Cidade: Brusque							
Estado: SANTA CATARINA							
Endereço: Rua Padre Gatone 75 - Salão Paroquial São Luiz Gonzaga							
Bairro: Centro							
CEP: 00000000							
Observações:							
Reuniões							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Horário:				20:00			14:00
Reunião:				Fechada			Fechada

GRUPO N. 248	SUL DA ILHA						
Cidade: Florianópolis							
Estado: SANTA CATARINA							
Endereço: Av Jorge Lacerda 2180 - Fundos do Centro Espírita							
Bairro: COSTEIRA							
CEP: 00000000							
Observações:							
Reuniões							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Horário:					19:30		
Reunião:							

GRUPO N. 249	BEM VINDOS						
Cidade: Florianópolis							
Estado: SANTA CATARINA							
Endereço: Igreja Nossa Senhora de Fatima - Igreja							
Bairro: ESTREITO							
CEP: 00000000							
Observações:							
Reuniões							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Horário:			19:30		19:30		19:00
Reunião:			Aberta		Aberta		Aberta

ANEXO D – DECLARAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA

DECLARAÇÃO

Declaramos que o projeto “Proposta de intervenção na Unidade Sonir Malara do IPq” de Josiane Irai Porto, foi aprovado na reunião ordinária do Comitê de Ética do dia 20 de março de 2006.

São José, 11 de julho de 2006.


Dra. Kátia Gerente
Presidente